



2558-2559

คู่มือสิทธิประโยชน์ระบบประกันสุขภาพสำหรับประชาชน





**006 บทที่ 1 การประกันสุขภาพ คุ่มครองสิทธิการรักษาพยาบาลตลอดชีพ**

การประกันสุขภาพคืออะไร

กฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ  
“บัตรประกันสุขภาพ” บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

**008 บทที่ 2 เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร**

สถานะบุคคลแบบที่ 1 :

ประชาชนได้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียน

บ้านได้หวันที่

สถานะบุคคลแบบที่ 2 :

ชาวฮ่องกง ชาวมาเก๊า ชาวจีนแผ่นดิน

ใหญ่ หรือชาวต่างชาติผู้มีถิ่นพำนักอยู่ในได้หวันที่

**015 บทที่ 3 กรณีพิเศษอื่นๆ**

สูญเสียสถานะการทำประกัน

ประกันสุขภาพถูกระงับ จะยื่นขอทำประกันต่อได้อย่างไร

ผู้ที่พำนักอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน ประสงค์จะกลับเข้าระบบ  
ประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับประเทศ

กรณีที่ผู้ทำประกันต้องแสดงความจำนงเพื่อขอร้งับการทำประกัน  
สุขภาพชั่วคราว

สำระนารู้ ควรเลือกระงับบัตรหรือไม่สำหรับผู้ประสงค์เดินทางออก  
นอกประเทศเป็นเวลานานกว่า 6 เดือนขึ้นไป

ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน

**021 บทที่ 4 งบประมาณของระบบประกันสุขภาพและอัตราเงินสมทบ**

งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตรประกันสุขภาพมา  
จากไหน ?

วิธีการคำนวณการจ้ดเก็บเงินสมทบประกันสุขภาพ

เงินสมทบทั่วไป

เงินสมทบเพิ่มเติม

**033 บทที่ 5 วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ**

หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการกำหนดอัตราเงินสมทบ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่

ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร

วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

ทำการหักจ่ายอัตโนมัติจากบัญชีเงินฝากธนาคารได้อย่างไร

จะทําอย่างไรหากลืมจ่ายเงินสมทบหรือยอดเงินในบัญชีธนาคารไม่พอหักจ่าย

**040 บทที่ 6 บริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ**

ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย

ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร

การรักษาต่อเนื่องระยะสั้น

กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

การดูแลผู้ป่วยในเคหสถาน

การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการตามระบบประกันสุขภาพ

เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค

**053 บทที่ 7 ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถรับการรักษายาตามลอย่างไร**

พก "บัตรประกันสุขภาพ" ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับการรักษายาตามล  
อย่าลืมรับใบสั่งยาทุกครั้งหลังพบแพทย์

ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษายาตามล

คำรักษายาตามลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง

ใบเสร็จรับเงินคำรักษายาตามล ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด  
และใบสั่งยา

แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่าย

ในการรักษายาตามลเอง

ส่วนต่างที่ต้องจ่ายเองของอุปกรณ์พิเศษ



072 บทที่ 8

ร้องเรียนและตรวจสอบถาม  
ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท

**สมรรถนะ การฉ้อโกง การรักษาและการยื่น  
ข้อบัตร์ประกันสุขภาพ**

บทบาทของบัตร์

การปรับข้อมูลบัตร์ประกันสุขภาพ

บัตร์ประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่

การเก็บรักษาบัตร์ประกันสุขภาพ

บัตร์ประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานหรือไม่

หากบัตร์ประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย หรือเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยน

รูปถ่าย ควรทำอย่างไร

บัตร์ประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคงอ  
แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร

081 บทที่ 9

**สิทธิการรักษาพยาบาลของคนไข้โรคเจ็บป่วย  
พิเศษ**

ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง(ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง)

ผู้ป่วยโรคร้ายแรง

ผู้เจ็บป่วยจากการทำงาน

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย

088 บทที่ 10

**มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความ  
ลำบากในการรักษาพยาบาล**

รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส

กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่จ่ายเองอย่างกะทันหัน

ห่วงใยผู้ด้อยโอกาส ปลอดภัยกับบัตร์แบบเชิงรุก

ช่วยลดภาระส่วนที่จ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ

เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติมจาก

รายได้การทำงานพาร์ทไทม์ที่เก็บจากกลุ่มผู้ด้อยโอกาส

โครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์

- 097 **บทที่ 11** การเก็บข้อมูลประวัติยาระบบคลาวด์ของประกันสุขภาพ  
อะไรคือ "การเก็บข้อมูลประวัติยาระบบคลาวด์ของประกันสุขภาพ"  
"การเก็บข้อมูลประวัติยาระบบคลาวด์ของประกันสุขภาพ"  
เพื่อควบคุมการใช้ยาอย่างปลอดภัย
- 099 **บทที่ 12** การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อน  
กำหนดเวลาการขอเงินคืน เอกสารที่ต้องเตรียม  
วิธีการขอ จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้
- 105 **บทที่ 13** มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนของ  
ประกันสุขภาพ  
บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกแก่ประชาชน  
ยกระดับงานบริการ  
ห่วงใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก
- 109 **ภาคผนวก**  
หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาต่างๆ  
ของ กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ สภการบริหาร



# 1



## บทที่

# เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร รักษาพยาบาลตลอดชีพ

นอกจากแพทย์และพยาบาลที่คอยดูแลพวกเราในยามเจ็บป่วยแล้ว อยาลืมว่ายังมี “ระบบประกันสุขภาพ” อยู่เคียงข้างเราเช่นกัน รัฐบาลได้จัดตั้งระบบประกันสุขภาพขึ้นเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2538 เพื่อเป็นหลักประกันด้านสุขภาพให้กับประชาชนทุกคน

## การประกันสุขภาพคืออะไร

การประกันสุขภาพ คือ ระบบประกันที่ประชาชนทุกคนต้องเข้าร่วมตั้งแต่แรกเกิด และเป็นระบบการช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างหนึ่งของประชาชนทุกคน โดยปกติทุกคนจะต้องจ่ายเงินสมทบให้การประกันสุขภาพตามอัตราที่กฎหมายกำหนด เมื่อมีคนเจ็บป่วยรัฐบาลจะนำเงินสมทบที่ได้รับ มาจ่ายเป็นค่ารักษาพยาบาลบางส่วนแทนผู้ป่วยให้กับสถานพยาบาลนั้นๆ ซึ่งช่วยให้ทุกคนสามารถได้รับบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและมีสุขภาพดีขึ้นอย่างรวดเร็วโดยเสียค่าใช้จ่ายน้อยลง

ในอีกแง่หนึ่งก็คือ ขอเพียงท่านจ่ายเงินสมทบให้การประกันสุขภาพเป็นประจำทุกเดือน ไม่เพียงแต่จะเป็นการช่วยเหลือตัวเองยามเจ็บป่วย ขณะเดียวกันท่านยังได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่นด้วย และเมื่อผู้อื่นเจ็บป่วยก็สามารถได้รับความช่วยเหลือจากท่านเช่นกัน

## กฎหมายบังคับให้ทุกคนต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ

การประกันสุขภาพเป็นประกันสังคมแบบบังคับ โดยกำหนดให้ชาวไต้หวันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านไต้หวันและชาวต่างชาติที่ถือใบถิ่นที่อยู่และมีถิ่นพำนักในไต้หวัน ไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ เป็นเพศชายหรือเพศหญิง ผู้สูงอายุหรือ เด็กก่อนวัยเรียน มีงานทำหรือไม่มีงานทำ จะต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพตามกฎหมายทุกคน นอกจากนี้ การประกันดังกล่าวถือเป็นการประกันตลอดชีพ ยกเว้นแต่สูญเสียสถานะการทำประกัน (อาทิ เป็นบุคคลหายสาบสูญ สละสัญชาติ ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศ หรือครบกำหนดอนุญาตการพำนักอยู่ในไต้หวัน) ดังนั้น ตั้งแต่เกิดจนเสียชีวิตจึงไม่สามารถยกเลิกการทำประกันโดยพลการได้

## "บัตรประกันสุขภาพ" บัตรรับรองสิทธิการรักษาพยาบาล

ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพทุกคน จะต้องยื่นเรื่องขอทำ "บัตรประกันสุขภาพ" เพื่อใช้เป็นหลักฐานในการขอรับสิทธิการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาล และจะต้องเก็บรักษาไว้ให้ดี





บทที่ 2

# บทที่ 2

## เข้าร่วมการประกันสุขภาพอย่างไร

### สถานะบุคคลแบบที่ 1 : ประชาชนได้วันที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านได้วัน

ผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านได้วัน จะต้องเข้าร่วมการประกันสุขภาพ นับแต่วันที่มีการเพิ่มชื่อและรายการบุคคลเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือน เต็ม (ปัจจุบันผู้ที่ได้รับการว่าจ้างและเจ้าหน้าที่ของรัฐที่ถูกส่งไปประจำอยู่ต่างประเทศรวมถึงคู่สมรสและบุตรธิดา ไม่อยู่ในข้อจำกัด 6 เดือนดังกล่าว โดยเด็กแรกเกิดซึ่งมีสัญชาติไทยวันที่เกิดในไต้หวัน ต้องทำการแจ้งเกิด และเพิ่มชื่อเขาในทะเบียนบ้าน และยื่นทำประกันนับตั้งแต่วันที่เด็กเกิด) เนื่องจากสถานะของผู้ทำประกันแบ่งได้เป็น 6 ประเภท ผู้ทำประกันที่มีสถานะแตกต่างกันจะมีวิธีการทำประกันที่ไม่เหมือนกัน สถานะที่เปลี่ยนแปลงไปจะส่งผลให้วิธีการทำประกันเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย หากขณะนี้ท่านไม่มีงานทำ หรือถูกระงับประกันสุขภาพชั่วคราวในช่วงระหว่างเปลี่ยนงาน แต่ถายังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านก็ต้องทำประกันต่อตามสถานะที่ถูกต้อง โดยจะระงับการทำประกันไม่ได้

### ขอให้ท่านพิจารณาสถานะผู้ประกันตามลำดับต่อไปนี้ในการทำประกัน

หากท่านมีสถานะผู้ประกันสอดคล้องตามข้อที่ 1 หรือ 2 จะไม่สามารถเลือกข้อที่ 3 ได้ หากท่านมีสถานะผู้ประกันสอดคล้องตามข้อที่ 3 จะไม่สามารถเลือกข้อที่ 4 ได้ และให้ใช้หลักเกณฑ์เปรียบเทียบดังที่กล่าวมาตามลำดับ

1. หากท่านเป็นพนักงานของบริษัท หน่วยงาน ห้างร้าน สถานประกอบการที่ท่านทำงานอยู่มีหน้าที่เป็นผู้ยื่นทำประกัน
2. หากท่านเป็นผู้รับผิดชอบบริษัทหรือห้างร้าน ท่านต้องจัดตั้งหน่วยงานรับผิดชอบการทำประกันเพื่อทำประกันให้กับตนเอง ลูกจ้างและครอบครัว
3. หากท่านเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง องค์กรเหล่านี้มีหน้าที่ในการยื่นทำประกัน (ผู้ที่ในขณะเดียวกันเป็นทั้งสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง ควรทำประกันกับสมาคมวิชาชีพก่อนเป็นอันดับแรก)
4. หากท่านไม่มีงานทำ แต่มีคุณสมบัติสายตรงที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันรวมได้ตามกฎหมาย ให้ท่านยื่นทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดของคุณสมรสหรือญาติสายตรงในฐานะญาติ (หากท่านมีญาติสายตรงที่มีงานทำมากกว่า 2 คนขึ้นไป ต้องยื่นทำประกันกับญาติที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดที่สุด)
5. หากท่านไม่มีงานทำ และไม่มีคุณสมบัติสายตรงที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันรวมได้ตามกฎหมาย หน่วยงานต้นสังกัดของท่านคือสำนักงานเขตหรือที่ทำการตำบลที่ท่านมีชี้ออยู่ในทะเบียนบ้าน ขอให้ติดต่อหน่วยงานเหล่านั้นเพื่อยื่นทำประกัน

ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศเกินกว่า 2 ปีขึ้นไปและยังไม่เดินทางกลับประเทศ สำนักงานทะเบียนราษฎรจะคัดชื่อท่านออกจากทะเบียนบ้านที่ท่านมีชี้ออยู่ ซึ่งท่านจะไม่สามารถเข้าร่วมการประกันสุขภาพได้และต้องยื่นเรื่องขอถอนประกัน แต่เมื่อมีการแจ้งย้ายชื่อเข้าทะเบียนบ้านอีกครั้ง จึงจะสามารถยื่นเรื่องทำประกันใหม่ได้ สำหรับผู้ที่เคยเข้าร่วมประกันสุขภาพและถูกถอนประกันเนื่องจากย้ายทะเบียนบ้านไปต่างประเทศ และต้องการจะแจ้งย้ายชื่อกลับเข้ายังทะเบียนบ้านตามเดิม ยกเว้นว่าเป็นลูกจ้างที่มีนายจ้างแน่นอนหรือเป็นผู้ที่มีประวัติการเข้าร่วมประกันสุขภาพภายในระยะเวลา 2 ปี จึงจะสามารถยื่นขอทำประกันได้ทันทีหลังจากที่นำชื่อเข้าทะเบียนบ้าน มิเช่นนั้นจะต้องรอให้มีชี้ออยู่ในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือนจึงจะสามารถยื่นขอทำประกันได้



## ทารก

หลังจากที่แจ้งเกิดให้กับทารกเกิดใหม่แล้ว จะถือว่าเป็นบุคคลในครอบครัวของบิดาหรือมารดา (ฝ่ายที่มีงานทำ หรือหากมีงานทำทั้งคู่ให้เลือกคนใดคนหนึ่ง) ตามกฎหมายนับแต่วันที่เด็กเกิด ให้ยื่นทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดของบิดาหรือมารดาในฐานะญาติ ส่วนทารกที่มีสัญชาติไทยวันที่เกิดในต่างประเทศ จะต้องเดินทางกลับประเทศ และนำชื่อเข้าทะเบียนบ้านครั้งแรกครบ 6 เดือน จึงจะยื่นเรื่องขอทำประกันได้

## นักเรียนนักศึกษา

### 1. ไม่ได้ประกอบอาชีพ

- (1) หากท่านยังเรียนหนังสืออยู่ในสถานศึกษา (ต้องมีสถานภาพการเป็นนักเรียนและกำลังศึกษาอยู่ภายในประเทศในสถานศึกษาของรัฐหรือสถานศึกษาเอกชนที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานด้านการศึกษา หรือสถานศึกษาในต่างประเทศที่ผ่านการรับรอง โดยผู้ที่มีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ต้องแสดงหนังสือรับรองการศึกษา) และไม่มีการมีงานทำ สามารถยื่นขอทำประกัน ร่วมกับบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง ในฐานะญาติได้
- (2) ผู้ที่ไม่สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาได้ ให้ยื่นขอทำประกันร่วมกับปู่ย่าหรือตายายในฐานะญาติได้เช่นกัน กรณีที่ไม่มีปู่ย่าหรือตายาย ให้ติดต่อกับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านเพื่อยื่นขอทำประกันสุขภาพ
- (3) ผู้ที่จบการศึกษาหรือทหารเกณฑ์ที่ปลดประจำการและยังไม่ได้ประกอบอาชีพ สามารถยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือปู่ย่าตายายในฐานะญาติได้ ภายใน 1 ปี นับแต่วันที่จบการศึกษาของปีการศึกษา นั้น หรือภายใน 1 ปี นับจากวันที่ปลดประจำการ

## การประกันตนเมื่ออายุครบ 20 ปีบริบูรณ์ และยังศึกษาอยู่

เมื่อมีอายุเกิน 20 ปี แต่ยังไม่ได้ประกอบอาชีพหรือไม่มีความสามารถในการเลี้ยงดูตนเองเนื่องจากอยู่ระหว่างศึกษาเล่าเรียน สามารถจะยื่นขอทำประกันร่วมกับบิดามารดาหรือญาติตายได้ โดยหน่วยงานต้นสังกัดจะต้องกรอกแบบฟอร์มคำร้องขอต่อประกันพร้อมแนบสำเนาหนังสือรับรอง 1 ชุด ส่งให้กับฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพ สาขาที่อยู่ภายใต้สังกัด เพื่อดำเนินเรื่องขอต่อการทำประกันภายในสิ้นเดือนของเดือนที่ผู้ทำประกันมีอายุครบ 20 ปีบริบูรณ์

### 2.เรียนด้วยทำงานด้วย

นักเรียนนักศึกษาที่มีงานประจำทำ ต้องให้บริษัทห้างร้านที่ตนทำงานอยู่เป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้ในฐานะลูกจ้างของบริษัทหรือห้างร้าน

### 3.ทำงานช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว (ระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน)

หากท่านทำงานนอกเวลาช่วงปิดภาคเรียนฤดูร้อนหรือฤดูหนาว แต่มีระยะเวลาไม่เกิน 3 เดือน และจะกลับเข้าศึกษาต่อยังสถานศึกษาเดิมหลังเปิดภาคเรียน ช่วงระหว่างที่ท่านทำงานนอกเวลา ท่านสามารถเลือกทำประกันต่อโดยใช้สถานะเดิมได้

### 4.โครงการสหกิจศึกษา

ผู้ที่เป็นนักศึกษาโครงการสหกิจศึกษา ในช่วงระหว่างที่กลับเข้ารับการศึกษายังสถานศึกษา สามารถจะขอทำประกันในฐานะลูกจ้างผ่านสถานประกอบการนั้นๆ ต่อได้ หากสถานประกอบการที่รวมในโครงการให้ความยินยอม แต่หากสถานประกอบการที่รวมในโครงการไม่ยินยอมให้ทำประกันในฐานะลูกจ้างได้ต่อไป ให้ยื่นขอทำประกันด้วยสถานะนักเรียนนักศึกษาที่ไม่มีงานทำตามลำดับการขอยื่นขอทำประกัน



## ผู้ที่มั่งงานทำ

สำหรับผู้ที่มั่งงานทำ บริษัทห้างร้านที่ท่านทำงานอยู่หรือองค์กรที่ท่านสังกัดเคยมีหน้าที่ทำประกันให้กับท่าน

### 1. ผู้รับผิดชอบบริษัทห้างร้าน

ต้องจัดตั้งหน่วยงานต้นสังกัดสำหรับการทำประกันขึ้นเอง หากทำงานอื่นร่วมด้วยและเป็นงานหลัก ต้องยื่นขอทำประกันกับบริษัทห้างร้านหรือหน่วยงานที่ท่านทำงานอยู่ ห้ามยื่นขอทำประกันด้วยสถานะผู้รับผิดชอบ

### 2. ลูกจ้างของบริษัทห้างร้านที่มีนายจ้างประจำ

ให้นายจ้างเป็นผู้ทำประกันให้

### 3. มั่งงานทำแต่ไม่มีนายจ้างแน่นอน

หากเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ หรือเป็นสมาชิกสหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง หรือประกอบอาชีพเกษตรกรรมและทำประมง สมาคมวิชาชีพหรือสหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมงมีหน้าที่ยื่นขอทำประกันให้

### 4. ผู้ที่ทำงานสองที่

ให้ยื่นงานประจำเป็นหลัก (พิจารณาจากระยะเวลาการทำงานจริง หากระยะเวลาการทำงานเท่ากันให้อ้างอิงจากงานที่มีรายได้มากกว่าเป็นเกณฑ์ในการพิจารณา) ในการกำหนดสถานะการทำประกัน

### 5. ผู้ที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือน

หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมให้ความยินยอม ก็สามารถที่จะทำประกันต่อกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมโดยใช้อัตราทุนประกันเดิม ซึ่งผู้ทำประกันต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องชำระเองให้กับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมในอัตราร้อยละ 30 ของเงินสมทบประกันสุขภาพ หากหน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ยินยอมให้ผู้ทำประกันทำประกันต่อ ผู้ทำประกันต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่มีงานทำ แต่หากไม่มีญาติให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

### 6. ผู้ทำประกันที่ขอลางานโดยไม่รับเงินเดือนกรณีคลอดบุตร ตามกฎหมายความเสมอภาคระหว่างเพศในการทำงาน

สามารถเลือกที่จะทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม โดยใช้อัตราทุนประกันเดิม และต้องนำส่งเงินสมทบในส่วนที่ต้องรับภาระเองในอัตราร้อยละ 30 ของเงินสมทบประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งใบแจ้งเงินสมทบให้กับผู้ทำประกันเพื่อนำไปชำระ โดยสามารถขอผ่อนชำระระยะเวลาการชำระได้ 3 ปี หากเลือกที่จะโอนย้ายออกจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม จะต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสที่มีงานทำในฐานะญาติ หากไม่มีญาติจะต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตท้องถิ่นที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

### ผู้ที่ไม่มียานทำ

1. ผู้ที่ไม่มียานทำและมีญาติที่ยื่นขอทำประกันร่วมได้ ต้องยื่นขอทำประกันร่วมกับคู่สมรสหรือญาติพี่น้องสายตรงที่มีงานทำ
2. ผู้ที่ไม่มียานทำหรือญาติพี่น้องสายตรงที่สามารถจะทำประกันร่วมด้วยได้ ให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตหรือที่ทำการตำบลที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านโดยใช้สถานะ “ประชากรในท้องที่” ในการทำประกัน
3. ทหารผ่านศึกที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและตัวแทนครอบครัวของทหารผ่านศึกที่เสียชีวิต ให้ยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านโดยใช้สถานะ “ทหารผ่านศึก” ในการทำประกัน

### สถานะบุคคลแบบที่ 2 : ชาวฮ่องกง ชาวมกเก้ ชาวจีนแผ่นดินใหญ่ หรือชาวต่างชาติผู้มีถิ่นพำนักอยู่ในไต้หวัน

ตามกฎหมายการประกันสุขภาพ ชาวต่างชาติ (รวมชาวฮ่องกง มาเก๊า และจีนแผ่นดินใหญ่) ที่ถือเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ ต้องเข้ารวมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่พำนักในไต้หวันครบ 6 เดือนเต็มหลังจากที่ได้รับเอกสารรับรองการมีถิ่นที่อยู่ (พำนักอยู่ในไต้หวันติดต่อกันเป็นเวลา 6 เดือน หรือเคยเดินทางออกนอกไต้หวันหนึ่งครั้งแต่ไม่เกิน 30 วัน ให้คำนวณวันที่พำนักในไต้หวันหักลบจำนวนวันที่เดินทางออกนอกประเทศ และมีจำนวนวันทั้งหมดเทียบเท่ากับ 6 เดือน) ยกเว้นผู้ที่เป็นลูกจ้างซึ่งมีนายจ้างแน่นอนที่ต้องเข้ารวมการประกันสุขภาพนับแต่วันที่เข้าทำงาน



## 1. นักเรียนนักศึกษาชาวจีนโพ้นทะเลหรือชาวต่างชาติ

- (1)สามารถยื่นขอทำประกันผ่านสถานศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ กรณีจบการศึกษา พบสภาพจากการเป็นนักเรียน หรือพักการเรียน จะต้องยื่นเรื่องขอถอนการประกันสุขภาพกับสถานศึกษาเดิมก่อนเดินทางกลับประเทศที่ตนอาศัยอยู่ หรือเดินทางออกจากไต้หวัน
- (2)หากหลังจบการศึกษา ก่อนกำหนดการพำนักจะหมดอายุ ผู้ที่ได้รับอนุมัติต่ออายุการพำนักจากสำนักงานตรวจคนเข้าเมือง กระทรวงมหาดไทย ต้องทำการยื่นเรื่องร่วมประกันสุขภาพต่อที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) ที่อาศัยอยู่

## 2. กรณีมีนายจ้างประจำ

นายจ้างเป็นผู้ยื่นขอทำประกันให้

## 3. กรณีไม่มีงานทำ แต่มีคู่สมรสหรือญาติสายตรงที่สามารถขอทำประกันร่วมในฐานะญาติได้

ให้ยื่นขอทำประกันสุขภาพกับหน่วยงานต้นสังกัดของคู่สมรสหรือญาติสายตรง นับจากวันที่พำนักในไต้หวันครบ 6 เดือนเต็ม

## 4. กรณีไม่มีงานทำและไม่มีญาติที่สามารถขอทำประกันร่วมด้วยได้

ต้องยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตถิ่นที่อยู่ นับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม

## 5. ผู้รับผิดชอบบริษัท

ต้องยื่นทำประกันกับบริษัทนับแต่วันที่พำนักครบ 6 เดือนเต็ม

# บทที่ 3

## กรณีพิเศษอื่นๆ



### สูญเสียสถานะการทำประกัน

ผู้ที่มีเหตุตรงตามเงื่อนไขดังต่อไปนี้ไม่สามารถขอทำประกันได้ ผู้ที่ได้ทำประกันไปแล้วจะต้องถอนการทำประกัน

1. ผู้ที่หายสาบสูญครบ 6 เดือน: กรณีเป็นการหายสาบสูญเนื่องจากภัยพิบัติ สามารถขอถอนประกันได้นับแต่วันที่มีเหตุภัยพิบัติเกิดขึ้น
2. สูญเสียสัญชาติสาธารณรัฐจีน ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศ ผู้ที่พำนักในไต้หวันครบกำหนดตามระยะเวลาที่ได้รับอนุญาต

### ประกันสุขภาพถูกระงับ จะยื่นขอทำประกันต่อได้อย่างไร

หากประกันสุขภาพถูกระงับชั่วคราวเนื่องจากท่านเปลี่ยนงาน เปลี่ยนสถานะ ย้ายที่อยู่ ต่างๆ เป็นต้น เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาลจะต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลไปก่อน จึงขอแนะนำให้ท่านยื่นเรื่องเพื่อขอทำประกันใหม่โดยเร็วที่สุด ขั้นตอนการยื่นเรื่องเพื่อขอทำประกันใหม่มีดังนี้

1. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านเป็นลูกจ้างของบริษัท หน่วยงาน หารงาน ให้ยื่นขอทำประกันใหม่กับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม
2. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านเป็นสมาชิกของสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง ให้ยื่นขอทำประกันใหม่กับสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตรหรือสหกรณ์ประมง

3. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านไม่มีงานทำ แต่มีญาติที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ ให้ท่านยื่นขอทำประกันใหม่กับหน่วยงานต้นสังกัดของคุณสมรสหรือญาติสายตรงในฐานะญาติ
4. ช่วงระหว่างที่ประกันสุขภาพถูกระงับ หากท่านไม่มีงานทำ และไม่มีคู่สมรสหรือญาติที่มีงานทำซึ่งสามารถขอทำประกันร่วมได้ ให้ท่านยื่นขอทำประกันใหม่กับสำนักงานเขต หรือที่ทำการตำบลที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน

### ผู้ที่พำนักอยู่ต่างประเทศเป็นเวลานาน ประสงค์จะกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับประเทศ

ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติการทำประกันภายใน 2 ปีก่อนเดินทางกลับประเทศ จำเป็นต้องแจ้งเพิ่มชื่อเข้าทะเบียนบ้านในไต่หวั่นครบ 6 เดือน จึงจะสามารถเข้าร่วมประกันสุขภาพ และได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล

1. ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลาไม่เกิน 2 ปี ขอเพียงยังมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านถือว่ายังมีสถานะการประกันสุขภาพอยู่และต้องทำประกันตามกฎระเบียบ
2. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศแต่มีระยะเวลาการขอถอนประกันไม่ครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ สามารถจะกลับเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพได้ทันทีที่มีการแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านอีกครั้ง
3. ผู้ที่ย้ายทะเบียนบ้านไปอยู่ต่างประเทศและมีระยะเวลาขอถอนประกันครบ 2 ปี หลังจากเดินทางกลับประเทศ ต้องแจ้งเพิ่มชื่อเข้าในทะเบียนบ้านครบ 6 เดือน จึงจะกลับเข้าร่วมประกันสุขภาพได้

### กรณีที่ผู้ทำประกันต้องแสดงความจำนงเพื่อขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

#### 1. ผู้ที่หายสาบสูญไม่เกิน 6 เดือน

- (1) ให้บุคคลในครอบครัวเป็นผู้กรอกแบบฟอร์มแทนผู้ทำประกันเพื่อยื่นขอระงับการทำประกัน โดยมีผลนับจากเดือนที่หายสาบสูญ
- (2) เอกสารรับรอง : บันทึกการรับแจ้งความเพื่อขอความช่วยเหลือค้นหา

คนหายจากสถานีตำรวจ

- (3) ญาติที่ทำประกันร่วมกับผู้ทำประกันซึ่งยื่นขอระงับการทำประกัน เนื่องจากหายสาบสูญ จะต้องยื่นขอเปลี่ยนสถานะในการทำประกัน

## 2. ผู้ที่ประสงค์เดินทางออกนอกประเทศนานเกินกว่า 6 เดือน และเลือกที่จะขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว แต่ได้เคยยื่นขอระงับการทำประกันเมื่อเดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว หลังจากเดินทางกลับเข้าประเทศและยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพใหม่ ต้องมีระยะเวลาการทำประกันครบ 3 เดือน จึงจะสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอระงับการทำประกันชั่วคราวได้อีกครั้ง

- (1) ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศไม่เกิน 6 เดือนและเดินทางกลับประเทศก่อนกำหนด จะต้องยื่นเรื่องขอยกเลิกการระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว พร้อมทั้งต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลัง
- (2) ญาติที่ทำประกันร่วมกับผู้ทำประกันที่ยื่นขอระงับการทำประกันชั่วคราวเนื่องจากเดินทางออกนอกประเทศ ต้องยื่นขอเปลี่ยนการทำประกันโดยใช้สถานะอื่น แต่ญาติของผู้ทำประกันที่ได้รับความยินยอมจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม ก็ให้ยื่นขอทำประกันกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิมต่อไป

## สำรณำร้ศรล้ศกรงบ้ศรหร้ศรไม่สำรห้ศรผู้ประสงค้ศรเดินทางออกนอกประเทศเป็นเวลณำนนกว้ศร 6 เดือนขึ้นไป

บุคคลที่ยังคงมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านที่ไต้หวัณ หากท้ศนประสงค้ศรเดินทางออกนอกประเทศน้นเกินกว้ศร 6 เดือน ท้ศนสำรภค้ศรล้ศกรที่จ้ศรทำประสงค้ศรสุขภาพต่อหร้ศรขอระงบ้ศรทำประสงค้ศรสุขภาพชั่วคราวได้

### 1. ต้องการทำประกันสุขภาพต่อ

ไม่จ้ศรเป็นต้องยื่นเร้ศรเพิ่มเต้ศร แต่ต้องไม่ฆ้ศรส่งเงินสมทบค้ศรประกันสุขภาพในชวงระยศรเวลณที่เดินทางออกนอกประเทศ และย้ศรคงได้ร้ศรสิทธิการรักษ้ศรพยาบาลจกระบบประกันสุขภาพเซ้นเต้ศร กรณ้ศรมีการเจ็บป่วยถูกฉ้ศรนหรือค้ศรลศรบุตรในต้ศรประเศศร สำรภค้ศรขอเบ้ศรค้ศรรักษ้ศรพยาบาลที่



ได้สำรองจ่ายไปก่อนคืนได้ (“การอนุมัติเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายไปก่อน” กรุณาดูรายละเอียดในบทที่12)

## 2. ต้องการขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

(1)กรอกแบบฟอร์ม “ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว” และยื่นเรื่องก่อนที่จะเดินทางออกนอกประเทศ โดยช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศไม่ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ แต่จะไม่ได้รับสิทธิการรักษาพยาบาล หากไม่สามารถยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันได้ด้วยตนเอง สามารถมอบอำนาจให้ญาติพี่น้องที่อยู่ในไต้หวันเป็นผู้ดำเนินการแทนได้ โดยให้นำข้อมูลบัตรประชาชนของผู้มอบอำนาจและผู้รับมอบอำนาจประกอบการยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว

ท่านสามารถใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์หรือบัตรประกันสุขภาพ ยื่นขอระงับการทำประกันทาง “งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ต ข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล” เว็บไซต์กรมประกันสุขภาพได้

(2)ไม่ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในช่วงที่ขอระงับการทำประกัน แต่หลังจากเดินทางเข้าประเทศแล้ว ต้องยื่นเรื่องเพื่อขอกลับเขาระบบประกันสุขภาพนับจากวันที่เดินทางกลับ เพื่อรักษาสิทธิการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพ และเป็นไปตามหน้าที่ แต่หากท่านมีการเดินทางกลับเข้าประเทศก่อนครบ 6 เดือน จะต้องยื่นขอยกเลิกการระงับการทำประกันสุขภาพ และต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลังโดยนับจากเดือนที่ขอระงับการทำประกันจนถึงเดินทางกลับประเทศ

(3)ผู้ที่ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราว หลังจากที่พำนักอยู่ในต่างประเทศแล้ว ให้ยึดวันที่ที่เอกสารการยื่นเรื่องขอระงับการทำประกันส่งถึงสำนักงานประกันสุขภาพเป็นวันระงับการทำประกัน ไม่สามารถขอระงับการทำประกันย้อนหลังไปยังวันที่เดินทางออกนอกประเทศได้ เมื่อเดินทางกลับเข้าประเทศก็ไม่สามารถที่จะยื่นขอให้การระงับการทำประกันมีผลย้อนหลังหรือร้องขอให้คืนเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในช่วงระหว่างที่ออกนอกประเทศซึ่งได้จ่ายไปแล้วก่อนหน้านี้

ได้ นอกจากนี้ หลังจากที่ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพแล้ว ท่านไม่สามารถที่จะยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพในระหว่างที่พำนักอยู่ในต่างประเทศได้ และไม่สามารถขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อน โดยต้องรอให้เดินทางกลับเข้าประเทศและยื่นเรื่องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จึงจะได้รับสิทธิในการรักษาพยาบาลตามระบบประกันสุขภาพ

- (4) ผู้ที่เดินทางออกนอกประเทศและได้ยื่นขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราวไปแล้ว นับตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไป ผู้ทำประกันที่เลือกขอระงับการทำประกันชั่วคราวเมื่อเดินทางออกนอกประเทศ จะต้องมียุทธะเวลาของการกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังจากเดินทางกลับเข้าประเทศครบ 3 เดือน จึงจะสามารถยื่นเรื่องเพื่อขอระงับการทำประกันชั่วคราวได้ใหม่

### **ขั้นตอนการยื่นเรื่อง “ขอระงับการทำประกันสุขภาพชั่วคราวเมื่อเดินทางออกนอกประเทศ” และ “ขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพหลังเดินทางกลับเข้าประเทศ”**

การยื่นขอระงับการประกันสุขภาพ หน่วยงานต้นสังกัดมีหน้าที่ในการกรอกแบบฟอร์ม “แบบคำร้องขอระงับการทำประกันสุขภาพของผู้ทำประกัน” พร้อมแนบหลักฐานประกอบ อาทิ การตรวจลงตรา (วีซ่า) บัตรโดยสารเครื่องบิน เป็นต้น และส่งไปที่ฝ่ายบริการ สำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัดเพื่อขอระงับการประกันสุขภาพชั่วคราว การระงับการประกันสุขภาพชั่วคราวสำหรับผู้ที่ยื่นคำร้องก่อนเดินทางออกนอกประเทศให้มีผลนับจากเดือนที่เดินทาง ส่วนผู้ที่ส่งคำร้องหลังจากเดินทางออกนอกประเทศไปแล้ว การระงับการประกันจะมีผลนับจากเดือนที่เอกสารคำร้องส่งไปถึง

หลังจากที่ยื่นขอระงับการทำประกันไปแล้ว และเหตุผลในการขอระงับการทำประกันได้สิ้นสุดลง เช่น เดินทางกลับเข้าประเทศ จะต้องยื่นเรื่องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพในวันเดียวกับวันที่เดินทางกลับเข้าประเทศ โดยหน่วยงานต้นสังกัดของท่านต้องกรอกแบบฟอร์ม “แบบคำร้องขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพ” 1 ชุด ภายใน 3 วัน และ



หลักฐานแสดงประวัติการเดินทางเข้าออกประเทศ (หรือสำเนาหนังสือเดินทางทิ้งเล่ม) ส่งมอบให้กับฝ่ายบริการสำนักงานประกันสุขภาพสาขาที่อยู่ภายใต้สังกัดเพื่อยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพ ผู้ที่ต้องยื่นขอกลับเข้าระบบประกันสุขภาพแต่ไม่ได้ดำเนินการ จะต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพย้อนหลังนับจากวันที่เดินทางเข้าประเทศในภายหลัง

## บทที่ 3

### ประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน

ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นไปได้ขยายความคุ้มครองประกันสุขภาพสำหรับผู้ถูกกักกัน (ผู้ถูกกักกันหมายถึง ผู้ต้องขัง นักเรียน ผู้รับโทษ จำเลย ผู้รับการบำบัดและผู้ถูกกักกันวัยเยาว์ที่ถูกกักกันหรือคุมขังอยู่ในหน่วยงานสถานกักกัน) โดยบังคับให้ผู้ถูกกักกันจะต้องเข้าร่วมระบบประกันสุขภาพตามกฎหมายผู้ถูกกักกันถูกคุมขังเนื่องจากกระทำความผิด และถูกจำกัดอิสรภาพในการเคลื่อนไหว ดังนั้น เพื่อคุ้มครองสิทธิในการรักษาพยาบาลของผู้ถูกกักกัน จึงมีความจำเป็นต้องจำกัดสถานพยาบาลและวิธีการรักษา โดยผู้ถูกกักกันจะต้องเข้ารับการรักษาจากสถานพยาบาลที่อยู่ในหน่วยงานสถานกักกันก่อนเป็นลำดับแรกหากมีความจำเป็นต้องส่งตัวผู้ป่วยเพื่อรับการรักษา จะนำส่งผู้ป่วยโดยให้มีเจ้าหน้าที่คุมกัน





# บทที่ 4

## งบประมาณของระบบประกันสุขภาพ และอัตราเงินสมทบ

### งบประมาณสำหรับการรักษาพยาบาลด้วยบัตร ประกันสุขภาพมาจากไหน

รายได้หลักของระบบประกันสุขภาพมาจากเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ โดยมีประชาชน นายจ้างและรัฐบาล 3 ฝ่ายร่วมกันรับภาระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ซึ่งสำนักงานประกันสุขภาพจะนำเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับ มาจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์

ขอชี้แจงอย่างชัดเจนว่า เงินสมทบค่าประกันสุขภาพของระบบประกันสุขภาพ ใช้สำหรับการจ่ายค่ารักษาพยาบาลให้กับประชาชนที่เข้ารับบริการทางการแพทย์เท่านั้น ค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานในเรื่องของการประกันสุขภาพ เช่น ค่าใช้จ่ายด้านบุคลากร การบริหาร เงินเดือนพนักงาน รัฐบาลเป็นผู้รับผิดชอบออกเงินทั้งหมด โดยไม่ได้ใช้งบจากเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ



## วิธีการคำนวณการจัดเก็บเงินสมทบประกันสุขภาพ เงินสมทบทั่วไป

ผู้ทำประกันประเภทที่ 1, 2 และ 3 ให้ใช้ค่าเงินประกันของแต่ละประเภทเป็นฐานในการคำนวณ ผู้ทำประกันประเภทที่ 4, 5 และ 6 ให้ใช้ค่าเฉลี่ยจากค่าประกันสุขภาพทั่วไปของผู้ทำประกันประเภทที่ 1 - 3 เป็นฐานในการคำนวณสูตรการคำนวณดังนี้ :

ประเภทที่1	ผู้ทำประกัน	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)	
	หน่วยงาน ดันสังกัดหรือรัฐบาล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัว)	
ประเภทที่2 - ประเภทที่3	ผู้ทำประกัน	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)	
	รัฐบาล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ x อัตราค่าประกันสุขภาพ x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง	
ประเภท6	ทหารเกษียณหรือตัวแทนครอบครัวทหารที่เสียชีวิต	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนสมาชิกในครอบครัว
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง
	ประชากรในท้องที่	ผู้ทำประกัน	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x (1+จำนวนสมาชิกในครอบครัว)
		รัฐบาล	ค่าประกันสุขภาพเฉลี่ย x สัดส่วนเงินสมทบ x จำนวนผู้ทำประกันจริง

### อธิบาย:

1. สัดส่วนเงินสมทบที่ต้องจ่าย : ตาม"ตารางแสดงสัดส่วนเงินสมทบที่ต้องรับภาระสำหรับค่าประกันสุขภาพทั่วไป"
2. ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป อัตราค่าประกันสุขภาพทั่วไปเท่ากับ 4.69%
3. ค่าเงินประกัน : ตาม"ตารางเปรียบเทียบลำดับขั้นค่าเงินประกันสุขภาพที่ใช้เป็นฐานในการ คำนวณ"
4. จำนวนสมาชิกในครอบครัว : ผู้ที่มีมากกว่า 3 คนให้ใช้จำนวน 3 คนในการคำนวณ
5. ค่าเฉลี่ยจำนวนสมาชิกในครอบครัว : ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป กำหนดให้มีค่าเท่ากับ 0.61 คน
6. ตั้งแต่เดือน มกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยค่าประกันสุขภาพทั่วไปสำหรับประเภทที่ 4 และ 5 เท่ากับ 1,759 เหรียญไต้หวัน โดยรัฐบาลสนับสนุนให้ทั้งหมด

7. ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ. 2553 เป็นต้นไป ค่าเฉลี่ยค่าประกันสุขภาพทั่วไปของประชากรในท้องที่สำหรับประเภทที่ 6 เท่ากับ 1,249 เหรียญไต้หวัน โดยต้องจ่ายเอง 60% รัฐบาลสนับสนุน 40% ดังนั้น จะต้องจ่ายค่าประกันสุขภาพคนละ 749 เหรียญไต้หวันต่อคนต่อเดือน

## ตารางแสดงสัดส่วนเงินสมทบสำหรับค่าประกันสุขภาพทั่วไป

ประเภทของผู้ทำประกัน	สัดส่วนเงินสมทบที่ต้องรับภาระ (%)				
	ผู้ทำประกัน	หน่วยงานต้นสังกัด	รัฐบาล		
ประเภทที่ 1	ข้าราชการ	ตนเองและครอบครัว	30	70	0
	เจ้าหน้าที่ของรัฐและผู้ที่เป็นทหารด้วยความสมัครใจ	ตนเองและครอบครัว	30	70	0
	พนักงานสถาบันการศึกษาเอกชน	ตนเองและครอบครัว	30	35	35
	ลูกจ้างที่ทำงานในสถานประกอบการหรือหน่วยงานของภาครัฐและเอกชน โดยมีนายจ้างประจำ	ตนเองและครอบครัว	30	60	10
	นายจ้าง	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
	เป็นนายจ้างของตัวเอง	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
	ผู้ประกอบการวิชาชีพและช่างเทคนิคเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ผู้ประกอบอาชีพส่วนตัว	ตนเองและครอบครัว	100	0	0
ประเภทที่ 2	สมาชิกสมาคมวิชาชีพ	ตนเองและครอบครัว	60	0	40
	ลูกเรือที่ได้รับการว่าจ้างจากที่อื่น	ตนเองและครอบครัว	60	0	40
ประเภทที่ 3	เกษตรกร ชาวประมง	ตนเองและครอบครัว	30	0	70
ประเภทที่ 4	ทหารเกณฑ์	ตนเอง	0	0	100
	นักเรียนทหารที่ได้รับทุนกองทัพ	ตนเอง	0	0	100
	ครอบครัวของทหารที่เสียชีวิตในหน้าที่	ตนเอง	0	0	100
	ทหารเลือกบริการพลเรือน	ตนเอง	0	0	100
ประเภทที่ 5	ผู้ถูกกักกัน	ตนเอง	0	0	100
	ครอบครัวรายได้น้อย	สมาชิก	0	0	100
ประเภทที่ 6	ทหารผ่านศึก และตัวแทนครอบครัวทหารผ่านศึกที่เสียชีวิต	ตนเอง	0	0	100
	ประชากรท้องที่	ครอบครัว	30	0	70
		ตนเองและครอบครัว	60	0	40



## ตารางฐานเงินในการคำนวณค่าประกันสุขภาพ

บทที่ 4

กลุ่ม ช่วงต่าง	เอา ประกัน ระดับ	ฐาน เงิน คำนวณ ค่าประกัน รายเดือน	เงินเดือน รับจริง (เหรียญ)	กลุ่ม ช่วงต่าง	เอา ประกัน ระดับ	ฐาน เงิน คำนวณ ค่าประกัน รายเดือน	เงินเดือน รับจริง (เหรียญ)
กลุ่มที่ 1 ช่วงต่าง 900 เหรียญ	1	20,008	ต่ำกว่า 20,008	กลุ่มที่ 6 ช่วงต่าง 3,000 เหรียญ	26	60,800	57,801-60,800
	2	20,100	20,009-20,100		27	63,800	60,801-63,800
	3	21,000	20,101-21,000		28	66,800	63,801-66,800
	4	21,900	21,001-21,900		29	69,800	66,801-69,800
	5	22,800	21,901-22,800		30	72,800	69,801-72,800
กลุ่มที่ 2 ช่วงต่าง 1,200 เหรียญ	6	24,000	22,801-24,000	กลุ่มที่ 7 ช่วงต่าง 3,700 เหรียญ	31	76,500	72,801-76,500
	7	25,200	24,001-25,200		32	80,200	76,501-80,200
	8	26,400	25,201-26,400		33	83,900	80,201-83,900
	9	27,600	26,401-27,600		34	87,600	83,901-87,600
	10	28,800	27,601-28,800	กลุ่มที่ 8 ช่วงต่าง 4,500 เหรียญ	35	92,100	87,601-92,100
กลุ่มที่ 3 ช่วงต่าง 1,500 เหรียญ	11	30,300	28,801-30,300		36	96,600	92,101-96,600
	12	31,800	30,301-31,800		37	101,100	96,601-101,100
	13	33,300	31,801-33,300		38	105,600	101,101-105,600
	14	34,800	33,301-34,800	39	110,100	105,601-110,100	
	15	36,300	34,801-36,300	กลุ่มที่ 9 ช่วงต่าง 5,400 เหรียญ	40	115,500	110,101-115,500
กลุ่มที่ 4 ช่วงต่าง 1,900 เหรียญ	16	38,200	36,301-38,200		41	120,900	115,501-120,900
	17	40,100	38,201-40,100		42	126,300	120,901-126,300
	18	42,000	40,101-42,000		43	131,700	126,301-131,700
	19	43,900	42,001-43,900		44	137,100	131,701-137,100
	20	45,800	43,901-45,800		45	142,500	137,101-142,500
กลุ่มที่ 5 ช่วงต่าง 2,400 เหรียญ	21	48,200	45,801-48,200	46	147,900	142,501-147,900	
	22	50,600	48,201-50,600	47	150,000	147,901-150,000	
	23	53,000	50,601-53,000	กลุ่มที่ 10 ช่วงต่าง 6,400 เหรียญ	48	156,400	150,001-156,400
	24	55,400	53,001-55,400		49	162,800	156,401-162,800
	25	57,800	55,401-57,800		50	169,200	162,801-169,200
			51		175,600	169,201-175,600	
			52		182,000	175,601 ขึ้นไป	

หมายเหตุ: ต่ำกว่าระดับที่ 47 (รวม) ลงมา ใช้การแบ่งตามกำหนดของตารางฐานเงินในการคำนวณจ่ายสมทบรายเดือนเงินบำนาญลูกจ้าง

## เกณฑ์การคิดคำนวณค่าประกันสุขภาพทั่วไป

1. คิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเป็นรายเดือน ดังนั้น ไม่ว่าจะยื่นขอทำประกันในวันที่เท่าไรของเดือนที่ยื่นทำประกันก็ตาม สำนักงานประกันสุขภาพจะจัดเก็บค่าประกันสุขภาพของเดือนนั้นจากท่าน
2. ในเดือนที่ยื่นขอเปลี่ยนย้ายการทำประกัน หน่วยงานต้นสังกัดเดิมไม่ต้องจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในเดือนที่ขอเปลี่ยนย้าย ยกเว้นแต่เป็นผู้ที่ทำการเรื่องขอเปลี่ยนย้ายในวันสุดท้ายของเดือนนั้น
3. ผู้ที่ขอเปลี่ยนย้ายการทำประกันในวันสุดท้ายของเดือน นอกจากว่าหน่วยงานต้นสังกัดเดิมจะระบุหมายเหตุชัดเจนว่าผู้ขอเปลี่ยนย้ายไม่ได้รับเงินเดือนในเดือนนั้น มิเช่นนั้น จะถือว่าวันที่มีผลคือวันที่ 1 ของเดือนถัดไป โดยสำนักงานประกันสุขภาพจะเรียกเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพในเดือนนั้นของท่านจากหน่วยงานต้นสังกัดเดิม (ตัวอย่างเช่น ขอเปลี่ยนย้ายวันที่ 30 พฤศจิกายน วันที่มีผลคือวันที่ 1 ธันวาคม และจะเรียกเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพของเดือนพฤศจิกายนกับหน่วยงานต้นสังกัดเดิม)

## ตัวอย่างการคิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพทั่วไป

**ตัวอย่างที่ 1 : นายจางซานทำงานอยู่ในบริษัท ก. ได้รับเงินเดือนเดือนละ 35,000 เหรียญไต้หวัน ภรรยาเป็นแม่บ้าน และมีบุตรสามคนที่ยังเรียนหนังสืออยู่**

- อธิบาย: 1. ครอบครัวนายจางซานต้องยื่นทำประกันสุขภาพกับบริษัท ก. ทุกคน แม้ว่าจะมีสมาชิกในครอบครัวรวม 4 คน แต่ปัจจุบันการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพให้คำนวณโดยใช้อำนาจสมาชิกในครอบครัวได้มากที่สุดเพียง 3 คน ดังนั้น ไม่ต้องนำสมาชิกในครอบครัวที่เหลืออีก 1 คน มาคำนวณ
2. อ้างอิงจากเงินเดือนของนายจางซาน ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเงินสมทบของนายจางซานคือ 36,300



เหรียญได้หัววัน (ตรงกับระดับที่ 15 ตามตารางฐานเงินค่านวณ)

- 3.เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายจ้างชานต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$36,300 \text{ เหรียญได้หัววัน} \times 4.69\% \times 30\%$  (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดตั้ง 5 บัดขึ้น)  $\times (1+3) = 2,044 \text{ เหรียญได้หัววัน}$

- 4.เงินสมทบประกันสุขภาพที่บริษัท ก. ต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$36,300 \text{ เหรียญได้หัววัน} \times 4.69\% \times 60\% \times (1+0.61)$  (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดตั้ง 5 บัดขึ้น)  $= 1,645 \text{ เหรียญได้หัววัน}$

- 5.เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายจ้างชานเป็นประจำทุกเดือนตามที่กฎหมายประกันสุขภาพกำหนดเท่ากับ :

$36,300 \text{ เหรียญได้หัววัน} \times 4.69\% \times 10\% \times (1+0.61)$  (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดตั้ง 5 บัดขึ้น)  $= 274 \text{ เหรียญได้หัววัน}$

หมายเหตุ :

- ตามคำอธิบายข้อที่ 4 และ 5 โดยค่า 0.61 ที่นำมาคำนวณตามสูตรหมายถึงค่าเฉลี่ยของจำนวนสมาชิกในครอบครัว
- ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เป็นต้นไป อัตราค่าประกันสุขภาพทั่วไปเท่ากับ 4.69%

**ตัวอย่างที่ 2 : นายหลี่ชื่อและภรรยายื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตที่ตนมีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน**

- อธิบาย: 1.เงินสมทบประกันสุขภาพที่นายหลี่ชื่อต้องนำส่งเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$1,249 \text{ เหรียญได้หัววัน} \times 60\%$  (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดตั้ง 5 บัดขึ้น)  $\times (1+1) = 1,498 \text{ เหรียญได้หัววัน}$

- 2.เงินสมทบประกันสุขภาพที่รัฐบาลต้องจ่ายให้กับนายหลี่ชื่อเป็นประจำทุกเดือนเท่ากับ :

$1,249 \text{ เหรียญได้หวั่น} \times 40\% \text{ (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดตั้ง 5 บัดขึ้น)} \times (1+1) = 1,000 \text{ เหรียญได้หวั่น}$

## เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

### เกณฑ์การคิดคำนวณเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

1. ผู้มีเงินได้หรือมีรายได้ตามรายการ 6 ประเภทด้านล่างนี้ ต้องจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมตามอัตราที่กำหนด(ปัจจุบัน 1.91%) โดยให้หน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายเงินได้นั้นๆคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจาก เงินได้หรือรายได้ x อัตราค่าประกัน แล้วหักออกเพื่อนำส่งเป็นค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

บทที่ 4

รายการ	คำชี้แจง	รหัสภาษีเงินได้ (สองหลักแรก)
เงินรางวัลที่ได้รับสะสมตลอดปี ส่วนที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ	เงินรางวัลที่มอบให้กับผู้ทำประกัน ซึ่งไม่ได้รวมอยู่ในเงินเดือนที่นำมาคำนวณค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ (เช่น เงินโบนัสปลายปี เงินของขวัญประจำเทศกาล เงินรางวัล) ในส่วนของเงินสะสมที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ	50
เงินได้จากวิชาชีพเสริม	เงินรายได้ที่จ่ายให้กับผู้ประกอบการวิชาชีพเสริม (หมายถึงรายได้ที่ไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันสุขภาพด้วย)	50
รายได้จากการประกอบธุรกิจ	เงินรายได้ที่จ่ายให้กับประชาชนจากการประกอบธุรกิจ (ไม่มีการหักค่าใช้จ่ายที่เป็นหรือต้นทุนออก)	9A 9B
เงินได้จากเงินปันผล	เงินปันผลที่บริษัทจ่ายให้กับผู้ถือหุ้น (เงินปันผลสุทธิ + ค่าลดหย่อนภาษี)	54
เงินได้จากดอกเบี๋ย	เงินได้ที่จ่ายให้กับประชาชนในรูปดอกเบี๋ยพันธบัตร ดอกเบี๋ยพันธบัตรรองครุ่ร ดอกเบี๋ยตราสารทางการเงิน ดอกเบี๋ยตัวเงินระยะสั้นทุกประเภท ดอกเบี๋ยเงินฝาก และดอกเบี๋ยที่ได้จากการให้กู้ยืม	5A 5B 5C 52
รายได้จากการจัดเก็บค่าเช่า	เงินค่าเช่าที่จ่ายให้กับประชาชน (โดยไม่มีการหักค่าเสื่อมสภาพและค่าใช้จ่ายที่จำเป็น)	51

2.เงินสมทบเพิ่มเติมใช้วิธีการหัก หนี้ที่จ่าย โดยผู้มีหน้าที่จัดเก็บหักเก็บ ขณะจ่ายแต่ละครั้ง ผู้ประกันตนแต่ละรายจะถูกเก็บเงินสมทบเพิ่มเติม คำนวณต่อคนต่อครั้งและไม่มีกรคำนวณรวม

## ตัวอย่างการคิดคำนวณเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

### [ เงินได้จากดอกเบี้ย ]

ตัวอย่าง : นายผู้มียอดเงินฝากประจำในธนาคาร ข.อยู่หลายรายการ ในจำนวนนี้มีเงินฝาก 3 รายการที่จะครบกำหนดในวันที่ 20 มิถุนายน พ.ศ. 2559 ซึ่งแบ่งการจ่ายดอกเบี้ยออกเป็น 1,500 เหรียญไต้หวัน 25,000 เหรียญไต้หวัน และ 1,800 เหรียญไต้หวัน ธนาคาร ข. จะมีการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายฟูอย่างไร

การคำนวณ: เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม = 25,000 เหรียญไต้หวัน  $\times$  1.91% (จำนวนเงินเลขทศนิยม 4 บัดทึง 5 บัดขึ้น) = 478 เหรียญไต้หวัน

อธิบาย : คำนวณการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม โดยอ้างอิงจากดอกเบี้ยเงินฝากแต่ละรายการ เนื่องจากดอกเบี้ยเงินฝากที่ได้รับ 2 รายการได้แก่ 1,500 เหรียญไต้หวัน และ 1,800 เหรียญไต้หวัน มีจำนวนต่ำกว่าฐานอ้างอิงในการจัดเก็บที่ จึงไม่ ต อง นำ มา คำนวณเพื่ อ จัด เก็บ เงิน สม ท บ ค่า ประ กั้น สุ ข ภ า พ เ พิ ม เ ท ม โดยธนาคาร ข.จะต้องนำส่งเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจำนวน 478 เหรียญไต้หวันหักเก็บจากนายฟู ให้กับสำนักงานประกันสุขภาพก่ อนวั น ที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2559

### [ เงินรางวัล ]

ตัวอย่าง : นายหวังมีอาชีพเป็นวิศวกรซอฟต์แวร์ ซึ่งได้รับการว่าจ้างจากบริษัท ค. โดยมีค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณต่อเดือนเท่ากับ 150,000 เหรียญไต้หวัน ได้รับเงินโบนัสปลายปีในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2559 จำนวน 450,000 เหรียญไต้หวัน และได้รับเงินรางวัลเพิ่มอีก 600,000 เหรียญไต้หวันในเดือนตุลาคม

การคำนวณ: เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม = 450,000 เหรียญไต้หวัน  
 $\times 1.91\% = 8,595$  เหรียญไต้หวัน

อธิบาย : นายหวังได้รับเงินรางวัลสะสม ณ เดือนกุมภาพันธ์รวม 450,000 เหรียญไต้หวัน ซึ่งเป็นยอดเงินที่ไม่ถึง 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้น คือ 600,000 เหรียญไต้หวัน (150,000 เหรียญไต้หวัน  $\times$  4) จึงไม่ต้องนำมาหักค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม แต่ในเดือนตุลาคมได้รับเงินรางวัลเพิ่มอีก 600,000 เหรียญไต้หวัน จึงมีเงินรางวัลสะสมรวมเป็น 1,050,000 เหรียญไต้หวัน ซึ่งมียอดเงินที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้นเท่ากับ 450,000 เหรียญไต้หวัน (1,050,000 - 600,000 เหรียญไต้หวัน) ดังนั้นเมื่อบริษัท ค.จะจ่ายเงินรางวัลในเดือนตุลาคม จะต้องหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจำนวน 8,595 เหรียญไต้หวันก่อนดูวิธีการคำนวณอย่างละเอียดจากตารางด้านล่าง :

วันเดือนปีที่จ่าย	รายการเงินรางวัล	ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของเดือนนั้น (A)	4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของเดือนนั้น (B=A $\times$ 4)	ยอดเงินรางวัลต่อครั้ง (C)	ยอดเงินรางวัลสะสม (D)	ยอดเงินรางวัลที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ (E=D-B)	ฐานของเงินรางวัลที่นำมาคำนวณค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม (F) Min(C,E)	ค่าประกันสุขภาพที่ต้องชำระเพิ่มเติม (G=F $\times$ 1.91%)
1 ก.พ. 2559	เงินโบนัสปลายปี	150,000	600,000	450,000	450,000	-150,000	0	0
1 ต.ค. 2559	เงินรางวัล	150,000	600,000	600,000	1,050,000	450,000	450,000	8,595
รวม					1,050,000			8,595

หมายเหตุ :

ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559 เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมเป็น 1.91%



### 3. ตารางแสดงรายการการคิดคำนวณค่าเงินสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม รายบุคคลและฐานอ้างอิงต่ำสุด, สูงสุด<sup>(หมายเหตุ 1)</sup>

รายการการจัดเก็บ	ฐานอ้างอิงต่ำสุด	ฐานอ้างอิงสูงสุด
เงินรางวัลที่ได้รับ สะสมตลอดปี ส่วนที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงิน ประกันที่ใช้เป็นฐาน ในการคำนวณ	ไม่มี	เงินรางวัลที่ได้รับสะสมตลอดปี ส่วนที่เกินจาก 4 เท่าของค่าเงิน ประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ ในเดือนนั้น สูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หัวนต่อครั้ง
เงินได้จาก วิชาชีพเสริม	จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้ง เท่ากับรายได้ ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของ หน่วยงานแรงงานส่วนกลาง	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หัวน
รายได้จากการ ประกอบธุรกิจ <sup>(หมายเหตุ 2)</sup>	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญได้หัวน <sup>(หมายเหตุ 3)</sup>	
เงินได้จาก เงินปันผล <sup>(หมายเหตุ 2)</sup>	1. ผู้ที่ทำประกันโดยใช้สถานะ นายจ้างหรือเป็นนายจ้างของ ตัวเอง : จำนวนยอดเงิน ที่จ่ายต่อครั้ง มีมูลค่าเกินจากค่าเงินประกัน ที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณเกินกว่า 20,000 เหรียญได้หัวน <sup>(หมายเหตุ 3)</sup> 2. ผู้ที่ทำประกันโดยไม่ได้ใช้ สถานะนายจ้างหรือเป็นนาย จ้างของตัวเอง : ยอดเงินที่จ่าย ต่อครั้งมีมูลค่าถึง 20,000 เหรียญได้หัวน <sup>(หมายเหตุ 3)</sup>	1. ผู้ที่ทำประกันโดยใช้สถานะนาย จ้างหรือเป็นนายจ้างของตัวเอง: จำนวนยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งมีมูลค่า เกินจากค่าเงินประกันที่ใช้เป็น ฐานในการคำนวณสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หัวน 2. ผู้ที่ทำประกันโดยไม่ได้ใช้ สถานะนายจ้างหรือเป็นนายจ้าง ของตัวเอง : ยอดเงินที่จ่ายต่อ ครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หัวน
เงินได้จาก ดอกเบี้ย <sup>(หมายเหตุ 2)</sup>	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญได้หัวน <sup>(หมายเหตุ 3)</sup>	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หัวน
รายได้จาก ค่าเช่า <sup>(หมายเหตุ 2)</sup>	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งถึง 20,000 เหรียญได้หัวน <sup>(หมายเหตุ 3)</sup>	ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งสูงสุดไม่เกิน 10,000,000 เหรียญได้หัวน

- หมายเหตุ: (1) กรณีที่เงินได้หรือรายได้ที่จะนำมาคำนวณเงินสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติมรายบุคคลเท่ากับฐานอ้างอิงต่ำสุด ให้นำเงินที่ได้รับทั้งหมดมาคำนวณ กรณีมากกว่าฐานอ้างอิงสูงสุด ให้คำนวณโดยใช้ยอดเงินจากฐานอ้างอิงสูงสุด
- (2) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2558 เป็นต้นมา สำหรับสมาชิกครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำ และปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ และผู้ที่มีฐานะยากจน ตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพประชาชน (ต่อไปเรียกกฎหมายประกันสุขภาพ) มาตรา 100 รายได้จากการประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง (ปัจจุบันคือ 20,008 เหรียญได้หัวน) ไม่จำเป็นต้องหักเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ
- (3) ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ.2559 เป็นต้นมา

#### 4. ผู้ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม

บุคคลที่มีหลักฐานดังต่อไปนี้ ได้รับการยกเว้นการจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมเมื่อได้รับการจ่ายเงินได้

ผู้ได้รับการยกเว้น	รายการที่ได้รับการยกเว้น	หลักฐาน
ไม่มีคุณสมบัติที่จะยื่นขอทำประกันได้	(1) เงินรางวัลสะสมเกินจาก 4 เท่าของค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณในเดือนนั้น (2) เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย	หลังจากที่ได้รับแจ้งจากผู้ที่ไม่มีความสมัครใจที่จะยื่นขอทำประกันแล้ว ผู้มีหน้าที่หักเงินสมทบจะต้องทำการยืนยันกับสำนักงานประกันสุขภาพ
ผู้ทำประกันที่อยู่ในประเภทที่ 5 กลุ่มครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำ ตามระบบประกันสุขภาพ	(3) รายได้จากการประกอบธุรกิจ (4) เงินได้จากเงินปันผล (5) เงินได้จากดอกเบี่ย (6) รายได้จากค่าเช่า	หนังสือรับรองสถานะครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำ ที่ออกโดยหน่วยงานราชการ และยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้ทำประกันในประเภทที่ 2	เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย	หนังสือรับรองการทำประกันหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงินสมทบออกโดยสมาคมวิชาชีพในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
พนักงานเชี่ยวชาญเฉพาะทางและช่างเทคนิค ผู้ที่เป็นนายจ้างตัวเอง หรือผู้ประกอบการวิชาชีพอิสระที่ยื่นขอทำประกันผ่านสมาคมวิชาชีพ (ค่าเงินประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณอ้างอิงจากเงินได้จากการประกอบธุรกิจ)	รายได้จากการประกอบธุรกิจ	ช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้ : ก. ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพโดยใช้สถานะพนักงานเชี่ยวชาญเฉพาะทางและช่างเทคนิค : หนังสือรับรองการทำประกันหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงินสมทบออกโดยหน่วยงานต้นสังกัด ข. ผู้ที่ยื่นขอทำประกันผ่านสมาคมวิชาชีพ : หนังสือรับรองการทำประกันหรือเอกสารรับรองการจ่ายเงินสมทบออกโดยสมาคมวิชาชีพ
เด็กและเยาวชน	เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจาก	บัตรประจำตัวประชาชน
ผู้พิการที่เข้าร่วมการประกันภัยแรงงานโดยมีฐานเงินเดือนในการทำประกันต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ	หน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย และเป็นเงินที่ได้รับระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2556 ถึงวันที่ 31 ส.ค. 2557 ยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ	บัตรประจำตัวหรือหนังสือรับรองผู้พิการที่ออกโดยหน่วยงานราชการ และยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้ และเอกสารรับรองการเข้าร่วมประกันภัยแรงงาน
นักเรียนนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับวิทยาลัยปริญาตรี ปริญาโท หรือปริญาเอกในประเทศ และไม่ได้ทำงานประจำ		แบบฟอร์มลงทะเบียนเรียนจากสถานศึกษาหรือบัตรนักเรียนที่มีประทับตราลงทะเบียนเรียน และหนังสือรับรองว่าไม่ได้ทำงานประจำในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้

ผู้ได้รับการยกเว้น	รายการที่ได้รับการยกเว้น	หลักฐาน
ครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง	(1) เงินเดือนที่ได้รับซึ่งไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัดที่ยื่นทำประกันด้วย และเป็นเงินที่ได้รับระหว่างวันที่ 1 ม.ค. 2556 ถึงวันที่ 31 ส.ค. 2557 ยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ	หนังสือรับรองสถานะครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำและปานกลาง ที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้ที่มีฐานะยากจนตรงตามข้อกำหนดในมาตราที่ 100 ของกฎหมายการประกันสุขภาพ	(2) หากเป็นเงินได้ที่ได้รับหลังจากวันที่ 1 ม.ค. 2558 และยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำสำหรับรายได้ต่อไปนี้:	บัตรประจำตัวหรือหนังสือรับรองผู้พิการที่ออกโดยหน่วยงานราชการและยังมีอายุอยู่ในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้ และเอกสารรับรองการเข้าร่วมประกันภัยแรงงาน
ผู้สูงอายุที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง	ไม่สังกัดจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำสำหรับรายได้ต่อไปนี้:	หนังสือรับรองคุณสมบัติที่ออกโดยหน่วยงานราชการในช่วงระหว่างที่ได้รับการจ่ายเงินได้
ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุนเงินสงเคราะห์	1. รายได้จาก การ ประกอบธุรกิจ 2. เงินได้จากเงินปันผล 3. เงินได้จากดอกเบี้ย 4. รายได้จากค่าเช่า	
เด็กและเยาวชนผู้ด้อยโอกาสที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ		
ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ	หากเป็นเงินได้ที่ได้รับหลังจากวันที่ 1 ม.ค. 2558 และยอดเงินต่อครั้งไม่ถึงจำนวนเงินเดือนขั้นต่ำ สำหรับรายได้ต่อไปนี้:	
	1. รายได้จาก การ ประกอบธุรกิจ 2. เงินได้จากเงินปันผล 3. เงินได้จากดอกเบี้ย 4. รายได้จากค่าเช่า	

5. เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมจากนายจ้าง (หน่วยงานต้นสังกัด)

(ยอดเงินเดือนรวมทั้งหมดที่หน่วยงานต้นสังกัดจ่ายในแต่ละเดือน - ยอดเงินค่าประกันรวมที่ใช่เป็นฐานในการคำนวณของลูกจ้าง) × 1.91%

- ไม่มีฐานอ้างอิงสูงสุด
- นายจ้างคำนวณเองและนำส่งร่วมกับเงินสมทบค่าประกันสุขภาพทั่วไปทุกเดือน



# บทที่ 5



## วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

**หากมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณอัตราเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ สามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ที่ใด**

ใบแจ้งการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ทางสำนักงานประกันสุขภาพจัดส่งให้กับท่านหรือบริษัท มีหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อของเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการ หากท่านยังคงมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการคำนวณ อัตราเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ สามารถโทรศัพท์ติดต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพผู้นั้นโดยตรง เพื่อขอใหช่วยเหลือจัดการได้

### จ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ ช่วยเหลือซึ่งกันและกันและได้ลดหย่อนภาษี

ตามมาตรา 17 แห่งกฎหมายภาษีเงินได้ เงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้จ่ายไป สามารถนำมาหักลดหย่อนภาษีได้โดยไม่จำกัดวงเงิน หรือหมายถึง เมื่อยื่นแบบแสดงรายการชำระภาษี หากเลือกการหักลดหย่อนตามรายการที่จ่ายจริง จะสามารถแบ่งการหักลดหย่อนค่าประกันภัยออกได้เป็นสองส่วน:

#### 1. ค่าใช้จ่ายการประกันสุขภาพ

เงินสมทบค่าประกันสุขภาพ (หมายรวมถึงเงินสมทบทั่วไป และเงินสมทบเพิ่มเติม) ไม่ว่าจะของตนเอง คู่สมรสหรือญาติสายตรงที่อยู่ในการอุปการะเลี้ยงดู ที่ได้จ่ายไปในปีนั้นของแต่ละคน สามารถนำมาหักลด



หย่อนตามรายการที่ได้จ่ายจริงโดยไม่จำกัดวงเงินการหักลดหย่อน หรือก็คือ ยามปกติจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพยิ่งมาก ก็นำมาหักลดหย่อนภาษีได้มากขึ้น และเสียภาษีเงินได้น้อยลง

## 2. ค่าใช้จ่ายประกันภัยอื่นๆ

ค่าเบี้ยประกันอื่นๆ ได้แก่ ประกันชีวิต ประกันการบาดเจ็บ ประกันบำนาญ ประกันภัยแรงงาน ประกันการจ้างงาน ประกันภัยสำหรับเกษตรกร ประกันภัยสำหรับข้าราชการ ครูและทหาร โดยทุกคนสามารถนำค่าใช้จ่ายประกันที่ได้จ่ายไปในปีนั้นมาหักลดหย่อนภาษีได้แต่ไม่เกินวงเงินการหักลดหย่อนสูงสุด

## ขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพอย่างไร

ขณะแจ้งเสียภาษีรายได้ เงินสมทบประกันสุขภาพทั่วไปและเงินสมทบเพิ่มเติมสามารถนำมาหักลดหย่อนภาษีได้ทั้งหมด ไม่จำกัดรวมอยู่ในวงเงินเบี้ยประกันสูงสุด 24,000 เหรียญต่อหัววัน ปัจจุบันเว็บไซต์สำนักงานสรรพากรทุกเขต สามารถตรวจคนขอข้อมูลจ่ายสมทบค่าประกันสุขภาพได้ หากทำการแจ้งรายการภาษีเงินได้ผ่านโปรแกรมระบบอิเล็กทรอนิกส์ และตรวจสอบข้อมูลจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพื่อหักลดหย่อนภาษี ก็ไม่จำเป็นต้องแนบหลักฐานการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

หากว่าท่านยังคงต้องการข้อมูลการจ่ายสมทบค่าประกันสุขภาพ รายละเอียดการขอรับข้อมูลที่เกี่ยวข้องของมีดังนี้:

### 1. หลักฐานแสดงการจ่ายสมทบประกันสุขภาพทั่วไป

หากท่านยื่นทำประกันกับบริษัท (ห้างร้าน) หรือสมาคมวิชาชีพ (สหกรณ์ ประมง สหกรณ์เกษตร และสมาคมการชลประทาน) ขอให้ท่านติดต่อขอหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพกับบริษัท (ห้างร้าน) หรือสมาคมวิชาชีพ (สหกรณ์ประมง สหกรณ์เกษตร และสมาคมการชลประทาน) ต้นสังกัดของท่าน

### 2. หลักฐานแสดงการจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม

ท่านสามารถยื่นขอได้กับหน่วยงานต้นสังกัดจ่ายสมทบประกัน

สุขภาพเพิ่มเติมได้ทุกแห่ง กรมประกันสุขภาพก็มีการรวบรวมข้อมูล รายละเอียดการแจ้งหักจ่ายของหน่วยงาน และเปิดให้ประชาชน ตรวจสอบหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพของปีก่อนหน้าได้ตั้งแต่เดือนเมษายนเป็นต้นไป ขณะเดียวกันข้อมูลดังกล่าวก็ได้มีการเปิดให้ตรวจสอบผ่านระบบหน่วยงานสรรพากรด้วย สร้างความสะดวกให้กับประชาชนเมื่อแสดงแบบรายการเสียภาษี เพื่อใช้แสดงในรายการลดหย่อนภาษี

### 3. หากในปลายเดือนเมษายน ท่านยังไม่ได้รับหลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพ (รวมจ่ายสมทบเพิ่มเติม) ในช่วงเดือนพฤษภาคมที่ต้องแจ้งเสียภาษี สามารถเลือกใช้วิธีการต่อไปนี้ตามความสะดวกของท่าน ยื่นขอการออกหลักฐานใหม่:

- (1) ใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์ อาศัยโปรแกรมระบบอิเล็กทรอนิกส์แจ้งรายการภาษีเงินได้ผ่านเว็บไซต์สำนักงานสรรพากรทุกแห่ง หรือใช้งานบริการเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ “ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ตและตรวจสอบ” (สามารถใช้บัตรประกันสุขภาพได้) ทำการตรวจสอบและดาวน์โหลดได้
- (2) นำบัตรประจำตัวประชาชน ไปยื่นขอได้ที่สำนักงานสรรพากรทุกสาขา สำนักงานรายได้สังกัดกรมสรรพากร หน่วยงานต้นสังกัดที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) ที่เป็นหน่วยงานต้นสังกัด สำนักงานกรมประกันสุขภาพทุกสาขาหรือฝ่ายบริการสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง
- (3) ใช้หลักฐานแสดงตนอิเล็กทรอนิกส์ ทำการพิมพ์หลักฐานแสดงการจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพในปีที่ผ่านมา ผ่านงานบริการมัลติมีเดียในร้านสะดวกซื้อ (เดือน ม.ค.-มี.ค.ของทุกปี เนื่องจากอยู่ในช่วงการจัดทำไฟล์หลักฐานการจ่ายเงิน จึงระงับการบริการพิมพ์ชั่วคราว)



## วิธีการจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ

### เงินสมทบค่าประกันสุขภาพทั่วไป

#### 1. ผู้ยื่นขอทำประกันกับบริษัท :

บริษัทจะทำการหักเงินสมทบประกันสุขภาพของท่านจากเงินเดือนโดยตรง และนำส่งให้กับสำนักงานประกันสุขภาพ

#### 2. ผู้ยื่นขอทำประกันกับสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์เกษตร และสหกรณ์ประมง :

ขอให้ท่านจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ท่านต้องชำระให้กับหน่วยงานต้นสังกัดของท่าน โดยหน่วยงานต้นสังกัดของท่านจะเป็นผู้นำส่งให้กับสำนักงานประกันสุขภาพ

#### 3. ผู้ที่ไม่มีงานทำและยื่นขอทำประกันกับสำนักงานเขตหรือที่ทำการตำบล

ท่านสามารถเลือกช่องทางการชำระเงินต่อไปนี้ตามความสะดวกของท่าน:

##### (1) หักจากบัญชีเงินฝากธนาคาร

ท่านสามารถติดต่อสถาบันการเงินที่ให้บริการรับชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพแทนสำนักงานประกันสุขภาพ เพื่อยื่นเรื่องขอชำระเงินสมทบด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคาร

##### (2) ผ่านเคาน์เตอร์ธนาคาร

นำใบแจ้งชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับจากสำนักงานประกันสุขภาพ ยื่นชำระกับเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์บริการของสถาบันการเงินที่ให้บริการรับชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพแทนสำนักงานประกันสุขภาพ

##### (3) ผ่านร้านสะดวกซื้อ

ท่านสามารถนำใบแจ้งชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพที่ได้รับจากสำนักงานประกันสุขภาพ ยื่นชำระได้ที่ร้านสะดวกซื้อ (ต้องรับภาระค่าธรรมเนียมเอง โดยมีวงเงินชำระสูงสุดไม่เกิน 20,000 เหรียญต่อวัน) ได้แก่ ร้านเซเว่นอีเลเว่น ร้านแฟมิลี่มาร์ท ร้านไฮโลฟ และร้านโอเค ทุกสาขา

#### (4) โอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM)

ท่านสามารถชำระโดยโอนเงินผ่านตู้กดเงินสด (ATM) ที่มีสัญลักษณ์บริการโอนเงินต่างธนาคารผ่านระบบอัตโนมัติได้ (การโอนเงินต่างธนาคารท่านต้องรับภาระค่าธรรมเนียมเอง)

#### (5) ผ่านระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

ท่านสามารถใช้บัตรเอทีเอ็มติดไมโครชิปเพื่อชำระเงินสมทบได้ (การโอนเงินต่างธนาคารท่านต้องรับภาระค่าธรรมเนียมเอง) โดยทำตามขั้นตอนผ่านเว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/> เว็บไซต์ของธนาคาร Bank of Taiwan ที่ <https://ebank.bot.com.tw/> หรือเว็บไซต์ชำระเงินทั่วประเทศที่ <http://ebill.ba.org.tw/> ขอแนะนำให้ท่านชำระเงินสมทบด้วยวิธีหักบัญชีเงินฝากธนาคาร

#### (6) จ่ายผ่านระบบเคลื่อนที่

ท่านสามารถใช้เว็บไซต์จ่ายเงินทั่วประเทศ <http://ebill.ba.org.tw/> ป้อนข้อมูลหมายเลขบัตรประชาชนและบัญชีเงินฝากธนาคาร ทำการจ่ายเงินได้ (ต้องชำระค่าบริการเอง)

เพื่อเป็นการประหยัดเวลาและไม่ต้องเสียค่าปรับจากการชำระล่าช้า เนื่องจากหลงลืมจ่ายเงินสมทบค่าประกันสุขภาพอีกด้วย

## ทำการหักจ่ายอัตโนมัติจากบัญชีเงินฝากธนาคารได้อย่างไร

ทำการหักจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพผ่านบัญชีธนาคาร ท่านสามารถติดต่อสถาบันการเงินที่ให้บริการรับชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ โดยกรอกแบบฟอร์ม “หนังสือยินยอม (ยกเลิก) การหักบัญชีเงินฝากธนาคารเพื่อชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ” (ต้องแนบใบแจ้งชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพของเดือนที่ผ่านมาหรือสำเนาใบเสร็จ เพื่อให้ใช้ในการอ้างอิง) พร้อมนำสมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ตราประทับที่ใช้เปิดบัญชี และบัตรประจำตัวประชาชน ทำการยื่นเรื่องหักจ่ายอัตโนมัติกับเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์ หลังทำการมอบหมายหักบัญชีแล้ว ก็สามารถหักจ่ายเงินสมทบประกันสุขภาพจากบัญชีที่ระบุได้ในเดือนถัดไป



## จะอย่างไรหากลืมหักเงินสมทบหรือยอดเงินในบัญชีธนาคารไม่เพียงพอสำหรับหักเงินสมทบประกันสุขภาพ

### (“การจ่ายเงินสมทบล่าช้า” และ การคำนวณ “ค่าปรับ”)

หลังจากที่การยื่นเรื่องขอชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ด้วยวิธีหักเงินจากบัญชีเงินฝากธนาคารของท่านมีผลอนุมัติอย่างเป็นทางการแล้ว สถาบันการเงินที่ได้รับมอบหมายจะทำการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ ทุกวันที่ 15 ของเดือน (เป็นวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผันชำระเงิน สมทบ) หากเงินฝากในบัญชีของท่านไม่เพียงพอ สถาบันการเงินจะไม่ ทำการหักเงินอีก จะเปลี่ยนเป็นการส่งใบแจ้งชำระเนื่องจากหักชำระผ่าน บัญชีไม่สำเร็จ ของสำนักงานประกันสุขภาพไปยังที่อยู่ของท่าน เวลานี้ท่าน ต้องนำใบแจ้งไปชำระด้วยช่องทางอื่น ดังนั้นก่อนทุกวันที่ 15 ของเดือน ท่านต้องฝากเงินในบัญชีของท่านให้เพียงพอ เพื่อสะดวกในการหักชำระ

ไม่ว่าท่านเลือกช่องทางใดในการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพ หากท่านชำระเงินสมทบล่าช้ากว่าระยะเวลาผ่อนผันที่กำหนด (วันครบกำหนดชำระเงินคือวันที่ 15 ของเดือนถัดไป) สำนักงานประกันสุขภาพ จะคิดค่าปรับในอัตราวันละร้อยละ 0.1 ของค่าประกันสุขภาพ นับแต่วันถัด ไปของวันครบกำหนดระยะเวลาผ่อนผัน (คือวันที่ 16 ของเดือนถัดไป) จนถึงวันก่อนวันที่ชำระครบถ้วน โดยเงินค่าปรับที่เรียกเก็บจากหน่วยงานต้นสังกัด หรือผู้มีหน้าที่จัดเก็บ สูงสุดไม่เกิน 15% ของเงินสมทบประกัน สุขภาพที่ต้องชำระ ส่วนผู้ประกันตนจะเสียค่าปรับสูงสุดไม่เกิน 5% ของเงินสมทบประกันสุขภาพที่ต้องชำระ

## เงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม รายบุคคล

การจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติม ใช้วิธีการหัก ณ ที่จ่าย โดยหน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายเงินได้ ต้องทำการหักเงินสมทบเพิ่มเติมดังกล่าวตามอัตราที่กำหนดเมื่อมีการจ่ายเงินได้ให้ผู้รับเงิน และทำหน้าที่เป็นผู้ส่งเงินแทนผู้ทำประกัน เช่น หากได้รับเงินค่าวิทยากร หน่วยงานที่เป็นผู้จ่ายเงินค่าวิทยากรจะต้องหักเงินสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม

ตามอัตราที่กำหนดก่อน จึงค่อยมอบเงินให้กับผู้รับเงิน โดยผู้รับเงินไม่จำเป็นต้องดำเนินการใดๆ อีกแต่ถ้าหากเงินได้จากเงินปันผลที่สามารถนำมาหักลดหย่อนภาษีมีจำนวนไม่แน่นอน หรือกรณีหุ้นปันผลมีเงินสดไม่เพียงพอสำหรับการหักจ่าย ต้องชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมให้ครบ กรณีเงินได้จากดอกเบี้ยที่ได้รับต่อครั้งมีมูลค่าตั้งแต่ 20,000 เหรียญไต้หวัน โดยที่ผู้มีหน้าที่จัดเก็บไม่ได้ทำการหักเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมก่อนที่จะจ่ายเงินให้ สำนักงานประกันสุขภาพจะเรียกเก็บเป็นรายบุคคลในปีถัดไป และหลังจากได้รับใบแจ้งชำระเงินสมทบแล้ว ก็สามารถนำไปชำระได้ที่เคาน์เตอร์ของสถาบันการเงินที่ให้บริการชำระเงินสมทบค่าประกันสุขภาพแทนสำนักงานประกันสุขภาพ หรือชำระได้ที่ร้านสะดวกซื้อ หรือชำระโดยวิธีโอนเงินผ่านตู้กดเงินสด และชำระผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

### นายจ้าง

การจัดเก็บเงินสมทบค่าประกันสุขภาพเพิ่มเติมในส่วนของนายจ้าง ให้นำส่วนต่างระหว่างยอดรวมของเงินเดือนที่จ่ายในแต่ละเดือนทั้งหมด กับยอดรวมของค่าประกันเงินสมทบที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณของลูกจ้างในแต่ละเดือนทั้งหมด มาคำนวณตามอัตราเงินสมทบเพิ่มเติมที่กำหนด เพื่อนำส่งพร้อมกับเงินสมทบค่าประกันสุขภาพทั่วไปในส่วนที่นายจ้างรับภาระตามระเบียบที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน การนำส่งเป็นประจำทุกเดือน จะไม่เป็นการเพิ่มขึ้นตอนในการทำงาน



# บทที่ 6



## บริการทางการแพทย์ที่ได้รับจากการประกันสุขภาพ

### ตรวจรักษาโรคทั่วไปและการส่งต่อผู้ป่วย

เมื่อใช้บัตรประกันสุขภาพเข้ารับการรักษา การประกันสุขภาพจะช่วยให้คุณรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากการตรวจวินิจฉัยโรคประเภทผู้ป่วยนอก ค่ายา และเวชภัณฑ์ส่วนใหญ่ให้ ซึ่งท่านเพียงแต่ชำระค่าใช้จ่ายในส่วนน้อยเท่านั้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับ “ค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก” และ “ค่ายาและเวชภัณฑ์ที่ต้องรับภาระเอง” บทที่ 7)

### 1. เข้ารับการตรวจรักษาที่คลินิก หากมีความจำเป็นค่อยส่งตัวเข้ารับการรักษาคือที่โรงพยาบาล :

เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับชั้นสามารถให้บริการท่านได้อย่างเหมาะสมที่สุด ขอแนะนำให้ท่านเลือกแพทย์ซึ่งใกล้บ้านที่มีความไว้วางใจเป็นแพทย์ประจำครอบครัวของท่าน โดยเมื่อท่านเจ็บป่วยก็สามารถให้แพทย์ผู้นี้เป็นผู้ดูแลรักษา หากมีความจำเป็นต้องรับการตรวจรักษาเพิ่มเติม ผ่าตัดหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ทางคลินิกจะช่วยเหลือนำส่งท่านไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล ข้อดีของการทำเช่นนี้ ด้านหนึ่งคือท่านสามารถจัดเก็บประวัติผู้ป่วยได้อย่างครบถ้วนพร้อมทั้งได้รับบริการ

การรักษาจากผู้เชี่ยวชาญ อีกด้านหนึ่งคือ ท่านจะลดเวลาและค่าใช้จ่ายในการตระเวนพบแพทย์ลง

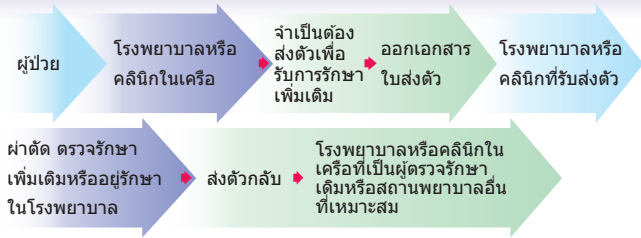
## 2. เข้ารับการตรวจรักษาที่โรงพยาบาลโดยไม่ผ่านขั้นตอนการส่งตัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น :

ตั้งแต่วันที่ 15 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 เป็นต้นไป หากท่านเข้ารับการรักษาที่คลินิก จะเสียค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอกครั้งละ 50 เหรียญไต้หวันเท่าเดิม กรณีแพทย์วินิจฉัยว่ามีความจำเป็นที่จะต้องรับการรักษาเพิ่มเติม ก็สามารถนำไปนำส่งตัวซึ่งออกให้โดยแพทย์ผู้ตรวจรักษา เข้ารับการรักษาพยาบาลเพิ่มเติมได้ที่โรงพยาบาลในท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือที่วิทยาลัยการแพทย์ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่รักษาในโรงพยาบาล ที่กลับไปตรวจติดตามการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกครั้งที่ 1 ภายใน 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล และผู้คลอดบุตรที่กลับไปตรวจติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก หลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการรักษาลักษณะส่งต่อผู้ป่วย จึงรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่รับภาระน้อยกว่า

กรณีเข้ารับการรักษาพยาบาลที่โรงพยาบาลท้องที่ โรงพยาบาลประจำเขตหรือวิทยาลัยการแพทย์โดยตรง โดยไม่ได้ผ่านขั้นตอนการส่งตัว (ไม่รวมกรณีทันตกรรม และแพทย์แผนจีน) “ค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก” จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ผ่านขั้นตอนการส่งตัว 30, 100 หรือ 150 เหรียญไต้หวันแล้วแต่กรณี ส่วน “ค่ายาและเวชภัณฑ์” ในส่วนที่ “ต้องรับภาระเอง” จะไม่มีความแตกต่างกันไม่ว่าจะเป็นการไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลโดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัว

## ยื่นขอโอนย้ายหรือส่งต่อผู้ป่วยอย่างไร

ขอเพียงจดจำขั้นตอนดังต่อไปนี้ ท่านก็สามารถจะขอรับการส่งตัวได้อย่างเหมาะสม ประหยัดเวลาและกำลังของท่าน:



## บทที่ 6

ขั้นที่ 1 : หากเจ็บป่วยให้ไปรับการรักษาจากคลินิกแถวบ้านหรือแพทย์ประจำครอบครัวก่อน เพื่อให้แพทย์ผู้ตรวจรักษาทำการวินิจฉัยและรักษาโรคในเบื้องต้น

ขั้นที่ 2 : กรณีจำเป็นต้องเข้ารับการผ่าตัด ตรวจรักษาเพิ่มเติมหรือพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หรือแพทย์แนะนำให้ท่านต้องเข้ารับการรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาล แพทย์จะออกใบส่งตัวพร้อมทั้งนัดหมายการส่งตัวเพื่อเข้ารับการรักษาต่อให้กับท่าน โดยจะช่วยเลื่อนนัดคิว แผนกและวันที่ที่จะรับการตรวจรักษา

ขั้นที่ 3 : เข้ารับการตรวจรักษาตามวันเวลาที่ระบุบนใบส่งตัว โดยให้นำใบส่งตัวมอบให้กับเคาน์เตอร์บริการของโรงพยาบาลที่รับส่งตัว เพื่อตรวจสอบ

ขั้นที่ 4: หลังจากทางโรงพยาบาลรับส่งตัวผู้ป่วยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว จะทำการแจ้งรายละเอียดการตรวจรักษา ข้อเสนอหรือบันทึกเวชระเบียนโดยย่อหลังจากออกจากโรงพยาบาลไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกที่เป็นผู้ตรวจรักษาเดิม กรณีผู้ป่วยนอกจะแจ้งภายใน 3 วัน ผู้ป่วยในจะแจ้งหลังออกจากโรงพยาบาลภายใน 14 วัน ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นต้องอยู่รักษาในโรงพยาบาลต่อ ก็จะแจ้งไปพร้อมกัน

ขั้นที่ 5 : สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีความจำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลหรือคลินิกที่รับส่งตัว ต่อไปอีก แต่ยังคงติดตามการรักษา ให้ส่งตัวกลับไปยังโรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือที่เป็นผู้ตรวจรักษาเดิมเพื่อทำการรักษาต่อ

**หมายเหตุ:**

1. การส่งต่อผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการรับ-ส่งต่อผู้ป่วยระหว่างโรงพยาบาลกับคลินิก คลินิก กับโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลระดับเดียวกัน ถือว่าเป็นการรับส่งต่อผู้ป่วยทั้งหมด
2. โรงพยาบาลหรือคลินิกในเครือข่ายประกันสุขภาพทุกแห่งสามารถออกใบส่งตัวผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยเพียงนำใบส่งตัวดังกล่าวเข้ารับการรักษายามาลในโรงพยาบาลตามที่ได้รับใบส่งตัวได้ ทุกแห่ง โดยไม่จำเป็นต้องผ่านการส่งตัวต่อตามลำดับชั้น

**การรักษาต่อเนื่องระยะสั้น**

เมื่อได้รับการวินิจฉัยโรคที่เห็นว่าจำเป็นต้องได้รับการรักษาต่อเนื่องตามรายการดังต่อไปนี้ ให้ถือว่าเป็นการบำบัดรักษาโรคซ้ำ

**1. แพทย์แผนปัจจุบัน : นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษารั้งแรก**

- (1) การทำแผลธรรมดาภายใน 2 วัน
- (2) ฉีดยาที่ไม่ใช่ยาเคมีบำบัดชนิดเดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (3) กายภาพบำบัด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (4) การรักษาโรคผิวหนังโดยใช้แสงบำบัด การรักษาภาวะกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดด้วยวิธี Biofeedback Therapy ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (5) ถอดไหมหลังจากผ่าตัด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (6) การบำบัดฟื้นฟูสมรรถภาพปอด ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (7) การรักษาสุขภาพบำบัดของเด็กอายุต่ำกว่า 9 ปี ไม่เกิน 6 ครั้งภายในก่อนปลายเดือนถัดไป
- (8) การฉายรังสีรักษาโรคมะเร็งภายใน 30 วัน
- (9) การฟอกเลือด (ล้างไต) ภายใน 30 วัน
- (10) การรักษาด้วยออกซิเจนความดันสูง ภายใน 30 วัน
- (11) การรักษาด้วยการฉีดภูมิคุ้มกันบำบัด ภายใน 30 วัน
- (12) การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน ภายใน 30 วัน
- (13) การบำบัดความผิดปกติทางจิตระดับชุมชน ภายใน 30 วัน
- (14) การรักษาทางจิตเวชด้วยกิจกรรมบำบัด หรือการบำบัดทางจิต ภายใน 30 วัน



## 2. ทันดกรรม: นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก

- (1) การรักษาการถอนฟัน สำหรับฟันที่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (2) ทันดกรรมหัตถการ (อุดฟัน) สำหรับฟันที่เดียวกัน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (3) การรักษาฟันที่เดียวกันด้วยการขูดหินปูน ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (4) การรักษารากฟันเฉพาะที่ภายใน 60 วัน

## 3. แพทย์แผนจีน: นับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก

- (1) การฝังเข็มของกลุ่มวินิจฉัยโรครวม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (2) การรักษากระดูกเคลื่อนของกลุ่มวินิจฉัยโรครวม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน
- (3) การรักษาการบาดเจ็บกลุ่มวินิจฉัยโรครวม ไม่เกิน 6 ครั้งภายใน 30 วัน

การบำบัดรักษาโรคซ้ำๆ ยกเว้นการตรวจรักษาในครั้งแรกที่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมพื้นฐานในการเข้ารับบริการตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ระหว่างรับการรักษาครั้งอื่นๆ ไม่ต้องจ่ายค่าธรรมเนียมดังกล่าวเพิ่มอีก (ยกเว้นการรักษาด้วยกายภาพบำบัด และการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน)

กรณีท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดหรือรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน ท่านต้องชำระค่าบริการเพิ่มครั้งละ 50 เหรียญไต้หวัน นับตั้งแต่การรักษาครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (ยกเว้นการรักษาด้วยกายภาพบำบัดในระดับ ปานกลาง-รุนแรง และรุนแรง)

ต้องพบบัตรประกันสุขภาพทุกครั้งที่ได้รับรักษา เพื่อเป็นหลักฐานสำหรับให้ทางสถานพยาบาลบันทึกประวัติการรักษา

### ข้อควรระวัง

1. หากแพทย์ผู้ตรวจรักษาโรคให้กับท่าน ได้ให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ กับท่าน ในระยะเวลาเดียวกันกับที่ท่านอยู่ระหว่างรับการบำบัดรักษาโรคซ้ำ ก็ไม่ต้องหักจำนวนครั้งของการรับการรักษา
2. ระหว่างรับการรักษา หากไม่สามารถเข้ารับการบำบัดรักษาโรคซ้ำ เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของโรค ซึ่งเมื่อแพทย์ผู้ตรวจรักษาและวินิจฉัยใหม่ว่าไม่อยู่ในขอบข่ายการบำบัดรักษาโรคซ้ำ จะต้องชำระค่าใช้จ่ายการลงทะเบียน และการตรวจรักษาตามขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์ทั่วไป

### กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ค่าใช้จ่ายในการรักษากรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน เช่น ค่าดูแล ค่าตรวจวินิจฉัย ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่ายาและเวชภัณฑ์ กรมประกันสุขภาพจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านจึงเพียงแคร์รับผิดชอบ “ส่วนที่ต้องรับภาระเองในการเข้ารับบริการฉุกเฉิน” เท่านั้น (ส่วนที่ต้องรับภาระเองกรณีรักษาฉุกเฉิน กรุณาดูบทที่ 7)

### รักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน

ผู้ที่เข้าร่วมการประกันสุขภาพทุกคน หากมีความจำเป็นต้องรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยใน ประกันสุขภาพจะช่วยท่านออกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับ “ค่าห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ” และ “ค่าใช้จ่ายในการรักษาในโรงพยาบาล” ส่วนใหญ่ให้กับท่าน ท่านเพียงแต่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเองระหว่าง 5%-30% เท่านั้น (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลประเภทผู้ป่วยในส่วนที่ต้องรับภาระเอง ในบทที่ 7)

#### 1. ค่าห้อง :

"เตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ" หมายถึง ห้องพักรักษาตัวที่มีเตียงผู้ป่วยตั้งแต่ 3 เตียง (รวม) ขึ้นไปและห้องผู้ป่วยพิเศษ เช่น ผู้ป่วยไอซียู และผู้ป่วยแยกเป็นต้น หากท่านพักรักษาตัวในห้องเตียงผู้ป่วยประกันสุขภาพ ประกัน



สุขภาพจะรับผิดชอบค่าห้องพักผู้ป่วยทั้งหมด หากท่านพักรักษาตัวในห้องประเภทอื่น ท่านจะต้องจ่ายส่วนต่างค่าห้องพักที่เกิดขึ้นเอง โดยสามารถสอบถามอัตราค่าห้องพักเดี่ยวและห้องพักคู่ได้ที่ เคาน์เตอร์บริการผู้ป่วยใน จากเว็บไซต์หรือเคาน์เตอร์พยาบาลประจำหอผู้ป่วยของโรงพยาบาลนั้นๆ

การคิดค่าห้องพักผู้ป่วยจะเริ่มนับจากวันที่ท่านเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลวันแรก แต่ไม่นับวันที่ออกจากโรงพยาบาล หรือหมายถึง “นับวันเข้าแต่ไม่นับวันออก”

## 2. ค่าใช้จ่ายในการพักรักษาตัวในโรงพยาบาล :

ค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวในโรงพยาบาลได้แก่ ค่าใช้จ่ายที่เกิดจากการตรวจ รักษาและวินิจฉัยโรค การดูแลและการผ่าตัดต่างๆ เป็นต้น แม้จะไม่จำกัดจำนวนวันของการอยู่โรงพยาบาล แต่ต้องขึ้นอยู่กับความจำเป็นในการรับการรักษาตามอาการของท่าน

หากแพทย์วินิจฉัยว่าท่านไม่มีความจำเป็นต้องนอนพักในโรงพยาบาลอีก แต่ท่านยังต้องการที่จะอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลต่อ ประกันสุขภาพจะไม่รับผิดชอบออกค่าใช้จ่ายให้ โดยท่านต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายการอยู่รักษาตัวในโรงพยาบาลเอง นอกจากนี้ การสั่งใช้ยาพิเศษบางตัวจะมีระเบียบกำหนดการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายต่างหาก ซึ่งหากแพทย์ลงความเห็นว่าคุณอาการของโรคเป็นไปตามข้อกำหนดในระเบียบ ประกันสุขภาพจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายส่วนนี้ให้

## การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน

การดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน หมายถึง การให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยถึงที่พักรักษาโดยแพทย์และพยาบาล ทำหน้าที่ คือ การไปตรวจเยี่ยม การรักษาพยาบาล จัดหาอุปกรณ์การรักษาให้ การรักษาพยาบาลทั่วไป การพยาบาลผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่สายอาหารหรือใส่สายสวน ปัสสาวะ ตูลดจนจัดเก็บตัวอย่างเพื่อนำส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ พร้อมทั้งให้คำแนะนำเทคนิคการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติหรือผู้อนุบาล

## 1. ยื่นเรื่องอย่างไร

- (1) ผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลและได้รับการประเมินจากแพทย์ว่าตรงตามเงื่อนไขการดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน ศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถานของโรงพยาบาลนั้นจะรับเรื่องโดยตรง หรือส่งเรื่องต่อให้กับสถาบันทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลอื่นที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน
- (2) หากไม่ใช่กรณีจากการรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เป็นผู้ที่ได้รับการประเมินจากแพทย์ว่ามีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขของการดูแลในเคสสถาน ก็สามารถที่จะยื่นเรื่องกับสถาบันทางการแพทย์หรือสถานพยาบาลที่มีศูนย์ดูแลผู้ป่วยในเคสสถานได้โดยตรง

**ผู้ป่วยมีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขการขอรับบริการดูแล  
ในเคสสถานดังต่อไปนี้หรือไม่**

1. เมื่อผู้ป่วยรู้สึกตัว การเคลื่อนไหวของผู้ป่วยมากกว่า 50% จะจำกัดอยู่เพียงบนเตียงหรือเก้าอี้
2. เป็นผู้ที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการทางการแพทย์ที่ชัดเจน
3. ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวหรือผู้ป่วยที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล

## 2. ภาระเบี้ยประกันสุขภาพที่เกี่ยวข้อง

- (1) การให้บริการดูแลผู้ป่วยในเคสสถาน 30 วันถือเป็นการบำบัดรักษาโรคครั้งเดียวกัน ดังนั้นจะหักจำนวนครั้งของการรักษาในบัตรประกันสุขภาพ 1 ครั้งในครั้งแรกที่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์มาตรวจเยี่ยมในเดือนนั้นเท่านั้น
- (2) เกณฑ์การให้บริการดูแลในเคสสถานสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาล เดือนละ 2 ครั้ง แพทย์สองเดือนต่อ 1 ครั้ง
- (3) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระ คือ 5% ของค่ารักษาพยาบาลจริงในแต่ละครั้ง (ยกเว้นผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขได้รับการยกเว้นค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องรับภาระ)



- (4) ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการเดินทางของเจ้าหน้าที่พยาบาล  
ที่ไปตรวจเยี่ยม

## การดูแลแบบประคับประคอง

การให้บริการดูแลแบบประคับประคองโดยประกันสุขภาพแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ให้การดูแลในโรงพยาบาล ให้การดูแลที่บ้าน (รวมการดูแลในชุมชน) และให้การดูแลรวมโดยเป็นการดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่เป็นโรคมะเร็งระยะสุดท้ายทุกชนิด ผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้ออ่อนแรง และผู้ป่วย 8 โรคภัยแรงระยะสุดท้าย ซึ่งได้แก่ โรคความจำเสื่อมในวัยชราและเอดส์ โรคสมองเสื่อมอื่นๆ โรคหัวใจล้มเหลว โรคทางเดินหายใจอุดตันเรื้อรังซึ่งไม่ได้จัดประเภทไว้ โรคทางปอดอื่นๆ โรคตับอักเสบและตับแข็ง โรคไตวายเฉียบพลันไม่ระบุรายละเอียด และโรคไตวายเรื้อรังไม่ระบุรายละเอียด

### การให้บริการ :

#### 1. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในโรงพยาบาล

เนื่องด้วยหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ท่านสามารถสืบค้นข้อมูลได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรศัพท์สอบถามรายชื่อสถานพยาบาลที่ให้บริการดังกล่าวจากฝ่ายบริการของสำนักงานประกันสุขภาพทุกสาขา จากนั้นจึงไปติดต่อสถานพยาบาลหลังจากแพทย์เฉพาะทางวินิจฉัยแล้วเห็นว่าตรงตามเงื่อนไขที่กำหนด แพทย์จะจัดเตรียมห้องพักรักษาสำหรับการดูแลแบบประคับประคองให้กับท่าน โดยจะมีชุดเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางอย่างเข้มงวดที่แจ่มเกี่ยวกับการลงนามในหนังสือยินยอมขอรับการดูแลรักษาแบบประคับประคองอย่างละเอียด การรักษาโดยไม่บีบบังคับ และขอควรระวังต่างๆ เป็นต้น

#### 2. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองที่บ้าน (รวมการดูแลในชุมชน)

หากท่านหรือครอบครัวของท่านเลือกที่จะกลับไปดูแลรักษาที่บ้าน หรือสถานดูแลใกล้บ้าน สำนักงานประกันสุขภาพก็ให้บริการการดูแลผู้ป่วย

แบบประคับประคองที่บ้านเช่นกัน โดยจะมีเจ้าหน้าที่ที่มรภศึกษาพยาบาล (ประเภทก.) ไปตรวจเยี่ยมที่บ้าน ให้การรักษายาพยาบาลทั่วไป ตลอดจนให้การดูแลปัญหาในด้านต่างๆ ทั้งจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วยระยะสุดท้ายและของญาติด้วย นับแต่ปี พ.ศ. 2557 เป็นต้นไป ได้เพิ่มการดูแลประคับประคองแบบชุมชน (ประเภทข.) ขยายขอบเขตการดูแลของเจ้าหน้าที่รักษายาพยาบาล “ดูแลประคับประคองแบบชุมชน” ให้แพทย์ระดับต้นมีโอกาสคุ้นเคยกับผู้ป่วย ทำให้การดูแลแบบประคับประคองขยายสู่ชุมชนและสร้างประโยชน์ต่อประชาชนที่อาศัยในเกาะรอบนอก ทั้งนี้สถานพยาบาลมีบริการสายตรงให้คำปรึกษาตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้บริการผู้ป่วยที่ดูแลรักษาที่บ้านโดยเฉพาะ โดยท่านสามารถโทรศัพท์สอบถาม เกี่ยวกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่พยาบาลได้ตลอดเวลา ค้นหาหมายเลขโทรศัพท์ให้คำปรึกษา 24 ชั่วโมงได้จากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/>

### 3. การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน

เนื่องจากหอผู้ป่วยสำหรับให้บริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไม่ได้มีอยู่ในโรงพยาบาลทุกแห่ง ทำให้ผู้ป่วยที่มีความสมัครใจเข้ารับการรักษาแบบประคับประคอง ไม่สามารถเข้าพักรักษาตัวเพื่อรับการดูแลในหอพักผู้ป่วยแบบประคับประคองได้ สำนักงานประกันสุขภาพจึงเริ่มใช้แผนการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองร่วมกัน ซึ่งเป็นโครงการนำร่องในเดือนเมษายน พ.ศ. 2554 เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยที่รักษาตัวในหอผู้ป่วยโรคซับซ้อนทั่วไป หอผู้ป่วยพิเศษอย่างไอซียู อารีซียู เป็นต้นและผู้ป่วยฉุกเฉิน มีโอกาสได้รับบริการทางการแพทย์จากทีมเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ให้การรักษายาพยาบาลชุดเดิมควบคู่กับทีมแพทย์ที่ “ให้การดูแลแบบประคับประคอง” ในโรงพยาบาลเดียวกัน (โดยทีมแพทย์การดูแลแบบประคับประคอง จะให้บริการการดูแลแบบประคับประคอง ส่วนทีมแพทย์ชุดเดิมจะให้บริการการรักษาตัวในโรงพยาบาล)



## การดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการตามระบบประกันสุขภาพ

เป็นการให้บริการทางการแพทย์ที่เรียกว่า “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” ซึ่งเกิดจากความร่วมมือระหว่างคลินิกปฐมภูมิและโรงพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่เดียวกันตั้งแต่ 5 แห่งขึ้นไป โดยอาศัยความร่วมมือภายในกลุ่มเพื่อดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน

### รายละเอียดการให้บริการ :

1. “กลุ่มการแพทย์ชุมชน” จะมีหมายเลขโทรศัพท์สายตรงสำหรับให้คำปรึกษาทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง ที่สามารถตอบคำถามของท่านได้ในทันทีทันใด พร้อมทั้งให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์อย่างต่อเนื่องและครบถ้วน
2. ให้บริการส่งเสริมสุขภาพและสุขภาพศึกษา แนะนำความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพให้กับท่าน ส่งเสริมการตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีนป้องกันโรค เพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองให้มากขึ้น
3. หากมีความต้องการรับการตรวจรักษาเพิ่มเติมที่โรงพยาบาลหรือมีความจำเป็นต้องพบแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวของท่านจะติดต่อกับโรงพยาบาลที่อยู่ในความร่วมมือ ช่วยเหลือในการนำส่งตัวท่านเพื่อรับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล โดยที่ประวัติผู้ป่วยของท่านจะถูกส่งไปยังโรงพยาบาลแห่งนั้นด้วย ซึ่งโรงพยาบาลในความร่วมมือจะแจ้งผลการส่งตัว และการตรวจรักษากลับไปยังคลินิก การประสานงานจากแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จะสามารถช่วยให้ท่าน “ได้พบแพทย์ที่เหมาะสม และรับการรักษาที่ถูกต้อง” ช่วยลดขั้นตอนการตรวจสุขภาพ และการใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น รวมทั้งลดระยะเวลาการรอเตียงในหอผู้ป่วยให้กับท่าน และยังช่วยลดปัญหาเมื่อไปที่โรงพยาบาลขนาดใหญ่ แต่ไม่ทราบว่าจะต้องรับการรักษาอย่างไรด้วย
4. หลังจากที่มีอาการดีขึ้น โรงพยาบาลสามารถให้การช่วยเหลือท่านกลับไปรับการดูแลรักษาที่คลินิกเวชศาสตร์ครอบครัวแห่งเดิม ซึ่งจะได้รับ การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องช่วยเพิ่มความสะดวกในการรักษาพยาบาล

## การเข้าร่วม “โครงการการดูแลเวชศาสตร์ครอบครัวแบบบูรณาการ”:

สำนักงานประกันสุขภาพจะนำข้อมูลการเข้ารับการรักษาพยาบาลจากแพทย์แผนปัจจุบันประเภทผู้ป่วยนอกของประชาชนในปีก่อนหน้ามาทำการวิเคราะห์เพื่อค้นหาผู้ทำประกันที่มีความเหมาะสมสำหรับการดูแลในระดับปฐมภูมิ และจะกำหนดให้คลินิกที่ผู้ทำประกันไปใช้บริการทางการแพทย์บ่อยที่สุดเป็นคลินิกดูแลหลัก โดยหลังจากที่คลินิกดังกล่าวเข้าร่วมในโครงการ สำนักงานประกันสุขภาพจะจัดส่งรายชื่อให้กับคลินิกในเครือข่ายกลุ่มการแพทย์ชุมชน เพื่อให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในรูปแบบขององครวม

หากท่านต้องการทราบว่าคลินิกใกล้บ้านแห่งใดที่เป็นคลินิกในเครือข่ายกลุ่มการแพทย์ชุมชน สามารถโทรศัพท์สอบถามได้ที่สายตรงประกันสุขภาพ หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี) หรือค้นหาข้อมูลจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/>

## เพิ่มสิทธิคุ้มครองการรักษาโรค

“การป้องกันย่อมดีกว่าการรักษา” โรคส่วนใหญ่เมื่อเริ่มแสดงอาการ หากสามารถใช้การคัดกรองเพื่อให้พบโรคตั้งแต่ระยะแรก และทำการรักษาอย่างทันท่วงที จะทำให้โอกาสที่จะหายจากโรคเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ โรคเรื้อรังหรือโรคที่ต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวบางประเภท หากสามารถปฏิบัติตามที่แพทย์แนะนำและทานยาตามเวลาเพียงรู้จักการควบคุมที่เหมาะสม ก็สามารถจะใช้ชีวิตได้เป็นปกติสุขเช่นคนทั่วไป

กรมประกันสุขภาพ ได้ทำการคัดเลือกโรคที่พบบ่อยมาจัดทำเป็นโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” บนแนวคิดพื้นฐาน “ซื้อสุขภาพให้ประชาชน” โดยอาศัยการเสนอแรงดึงดูดที่เหมาะสมในการชักนำให้สถานพยาบาลให้บริการทางการแพทย์ที่ครบถ้วนและต่อเนื่องแก่ผู้ป่วย โดยพิจารณาจากคุณภาพและประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลในการสนับสนุนค่าใช้จ่าย และเป็นมาตรการใหม่เพื่อการซื้อสุขภาพที่แท้จริง



## รายละเอียดการให้บริการ :

ปัจจุบันมีโรคที่เข้าข่ายในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” ได้แก่โรคเบาหวาน โรคไตเรื้อรังระยะแรก โรคหืดหอบ ผู้ที่เป็นพาหะโรคไวรัสตับอักเสบบีและซี มะเร็งเต้านม และโรคจิตเภท เป็นต้น โรงพยาบาลเปลี่ยนจุดยื่นจากเดิมที่ผู้ป่วยต้องเป็นฝ่ายเข้าหาแพทย์ มาเป็นการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเฉพาะทางในเชิงรุกน โดยหารือการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วย คอยเตือนให้ผู้ป่วยทายตามเวลา ติดตามอาการโรคและเตือนให้กลับมาติดตามการตรวจรักษาตามกำหนดเวลา เป็นต้น

## จะเข้าร่วมได้อย่างไร:

สามารถค้นหาข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรศัพท์สอบถามรายชื่อโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ “แผนการปรับปรุงการจ่ายค่าบริการทางการแพทย์” จากฝ่ายบริการ สำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง ซึ่งท่านสามารถจะเข้ารับการรักษาได้โดยตรงหรือผ่านขั้นตอนการส่งตัวผู้ป่วย

หากแพทย์วินิจฉัยว่า เป็นโรคที่อยู่ในข้อกำหนดตามแผนดังกล่าวก็ไม่จำเป็นต้องยื่นเรื่องใดๆ อีก โดยทีมแพทย์ผู้เชี่ยวชาญจะให้การดูแลรักษาอาการของท่านพร้อมทั้งกำหนดแผนการรักษาที่ครบถ้วน ขอเตือนท่านว่า เพื่อให้ท่านได้รับการรักษาที่ครบถ้วนและติดตามผลการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ขอให้ท่านเลือกทำการรักษาในสถานพยาบาลแห่งเดียวกัน



## บทที่

## 7

## ผู้มีสถานะเป็นผู้ประกันตนสามารถรับ การรักษาพยาบาลอย่างไร

### พก “บัตรประกันสุขภาพ” ติดตัวทุกครั้งเมื่อเข้ารับ การรักษาพยาบาล

ไม่ว่าจะเป็นการพบแพทย์ ปรึกษาหรือรับการตรวจรักษาขอให้นำ “บัตรประกันสุขภาพ” ติดตัวไปด้วยทุกครั้ง ก็จะสามารถใช้สถานะขอรับผู้ประกันตนในการบริการทางการแพทย์ได้ แต่จะต้องเสียค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

หากท่านลืมพกบัตรประกันสุขภาพ ท่านจะต้องจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ทั้งหมดก่อน และเพียงท่านนำบัตรประกันสุขภาพและใบเสร็จไปที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่เป็นผู้ตรวจรักษาให้กับท่านภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุดราชการ) ทางคลินิกหรือโรงพยาบาลจะคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เหลือหลังจากหักค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองให้กับท่านทั้งหมด

### อย่าลืมรับ “ใบสั่งยา” ทุกครั้งหลังพบแพทย์

ใบสั่งยาก็คือชื่อที่รู้จักกันทั่วไปของ “รายการยา” กฎระเบียบของสำนักงานประกันสุขภาพกำหนดให้แพทย์เป็นผู้รับผิดชอบการตรวจรักษาและส่งจ่ายยาให้กับท่าน โดยมีเภสัชกรทำหน้าที่จัดเตรียมยาให้กับท่าน



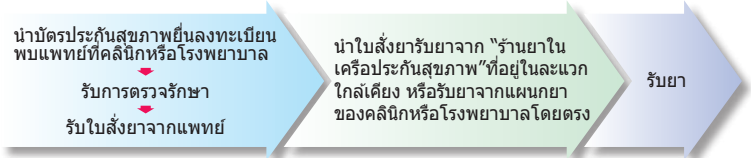
ตามใบสั่งยาของแพทย์ พร้อมแนะนำข้อควรระวังในการใช้ยาเมื่อส่งมอบยาให้กับท่าน

ดังนั้น หลังจากที่ท่านรับการตรวจรักษาแล้ว แพทย์จะมอบใบสั่งยาที่ระบุรายละเอียดของยา วิธีใช้และปริมาณยาที่ต้องใช้ในการรักษาให้กับท่าน ขอให้ท่านนำใบสั่งยานี้พร้อมด้วยบัตรประกันสุขภาพไปรับยาได้ที่ “ร้านยาในเครือประกันสุขภาพ” ที่อยู่ในละแวกใกล้เคียงภายใน 3 วัน หลังจากเข้ารับการรักษา (หากเกินกว่า 3 วันใบสั่งยาจะถูกยกเลิก) กรณีที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษาได้วางแจ้งเภสัชกรท่านก็สามารถที่จะรับยาจากแผนกยาของคลินิกหรือโรงพยาบาลนั้นได้โดยตรง

### ใบสั่งยาต้องระบุรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ชื่อนามสกุลของผู้ป่วยและอายุ (หรือวันเดือนปีเกิด)
2. การวินิจฉัยโรค ลายมือชื่อหรือตราประทับของแพทย์ผู้ออกใบสั่งยา
3. ชื่อคลินิกหรือโรงพยาบาล ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อ
4. ชื่อยา ขนาดยา จำนวนยา ปริมาณยา คำแนะนำการใช้ยา (เกี่ยวกับข้อควรระวังในการใช้ยา เช่น ทานนานเท่าไรหรือทานเมื่อไร เป็นต้น)
5. วันเดือนปีที่ออกใบสั่งยา คำแนะนำการส่งยาต่อเนื่อง (หมายถึงความถี่ที่สามารถนำใบสั่งยาฉบับนี้รับยาได้อีกกี่ครั้งและแต่ละครั้งให้ยาเป็นเวลากี่วัน)

### ขั้นตอนการรับบริการทางการแพทย์



หมายเหตุ : ค่าลงทะเบียนการพบแพทย์ไม่ใช่รายการที่การประกันสุขภาพจ่ายให้ และไม่ใช่งานเรียกเก็บโดยกรมประกันสุขภาพ หากท่านมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถามได้จากกองสาธารณสุขท้องถิ่น

## ระเบียบทั่วไปสำหรับใบสั่งยา

การสั่งจ่ายยาให้กับผู้ป่วยแต่ละครั้งของแพทย์ จะใช้การจ่ายยา 7 วันเป็นหลัก หากท่านได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง แพทย์สามารถสั่งจ่ายยาให้กับท่านต่อครั้งมากที่สุด 30 วัน (รายละเอียดเกี่ยวกับใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง กรุณาดูบทที่ 9) หากร้านยาไม่มียาตามที่ระบุในใบสั่งยา โดยที่แพทย์ก็ไม่ได้ระบุว่าจะต้องใช้ยาชนิดนี้เท่านั้น เกสซิกจะพิจารณาจัดยาตัวเดียวกันแต่คนละบริษัทผู้ผลิตให้กับท่านแทน โดยจะต้องเป็นยาที่มีราคา “ไม่เกินจาก” ยาที่ระบุในใบสั่งยา และต้องเป็นยาที่มีส่วนประกอบ ขนาดยา และปริมาณยาที่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามการจ่ายยาแทนดังกล่าวจะต้องเป็นยาในรายการยาที่กรมประกันสุขภาพจ่ายให้

## ระเบียบการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อเข้ารับการรักษา

กรณีที่โรงพยาบาลและคลินิกในเครือประกันสุขภาพ ไม่สามารถให้การรักษายาบาลได้อย่างครบถ้วน เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องเจ้าหน้าที่ อุปกรณ์เครื่องมือหรือความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง จะต้องให้ความช่วยเหลือท่านในการส่งตัวเพื่อไปรับการรักษายังสถานพยาบาลอื่นที่สามารถให้การรักษายาบาลได้ แต่หากท่านมีอาการที่อยู่ในภาวะฉุกเฉิน สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพจะต้องให้การรักษายาบาลเร่งด่วนที่เหมาะสมก่อน จึงจะส่งตัวเพื่อไปรับการรักษาต่อได้ นอกจากนี้ หลังการส่งตัวเพื่อรับการรักษาและท่านมีอาการดีขึ้นโดยไม่มีควมจำเป็นที่จะต้องรับการอยู่รักษาตัวในสถานพยาบาลดังกล่าวต่อไปอีก สถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพควรให้ความช่วยเหลือท่านในการส่งตัวกลับไปยังสถานพยาบาลที่เป็นผู้นำส่งตัวท่านมาในครั้งแรกหรือส่งตัวไปยังสถานพยาบาลในเครือประกันสุขภาพแห่งอื่นที่เหมาะสม เพื่อตรวจติดตามการรักษาต่อไป

หากท่านมีความจำเป็นและต้องได้รับการส่งตัวเพื่อรับการรักษาต่อตามที่ได้ระบุไว้ด้านบน แพทย์ประจำครอบครัวของท่านหรือเคาน์เตอร์

รับส่งตัวของสถานพยาบาลในเครือข่ายประกันสุขภาพ จะจัดเตรียมการส่งตัวที่เหมาะสมให้กับท่าน และให้ความช่วยเหลือในการนัดคิว แผนกและวันที่ที่จะเข้ารับการตรวจรักษา โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนการส่งตัวตามลำดับขั้นจากโรงพยาบาลเล็กไปโรงพยาบาลใหญ่ ขอแนะนำว่าเมื่อแพทย์ออกใบส่งตัวให้กับท่าน ท่านสามารถจะหารือกับแพทย์ที่ท่านจะไปรับการรักษาต่อได้ เนื่องจากการส่งตัวเช่นนี้เป็นการจัดเตรียมที่ผ่านการหารือระหว่างสองฝ่าย ซึ่งท่านจะต้องเข้ารับการตรวจรักษายังสถานพยาบาลในเครือข่าย หรือแผนกตรวจที่ระบุในใบส่งตัว แพทย์จึงจะสามารถให้การดูแลรักษาท่านได้อย่างเหมาะสมที่สุด ซึ่งจะทำให้ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่รับภาระเองสำหรับการพบแพทย์แผนปัจจุบันถูกจัดเก็บโดยอ้างอิงจากระเบียบการส่งตัวได้

กรณีที่ท่านมีเหตุจำเป็นและไม่สามารถเข้ารับการรักษาตามวันเวลาที่ระบุในใบส่งตัว ท่านสามารถติดต่อกับเคาน์เตอร์รับส่งตัวของสถานพยาบาลในเครือข่ายที่รับส่งตัวท่านไปรักษาต่อได้โดยตรง เพื่อช่วยเหลือนัดหมายวันเข้ารับการรักษาใหม่ (เกี่ยวกับการส่งต่อผู้ป่วย กรุณาดูบทที่ 6)

## ค่ารักษาพยาบาลในส่วนที่ผู้ทำประกันต้องรับภาระเอง

เมื่อเราไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาล นอกจากกรมประกันสุขภาพจะช่วยจ่ายค่าบริการทางการแพทย์ให้กับเราแล้ว เรายังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายอีกส่วนหนึ่งเพียงเล็กน้อย ซึ่งก็คือ “ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” มาตราการดังกล่าวมีขึ้นเพื่อไว้เตือนทุกคนว่าทรัพยากรทางการแพทย์ใช้สำหรับช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วย และต้องใช้ในสิ่งที่มีความจำเป็น ทรัพยากรเหล่านี้มีค่าและไม่ควรใช้อย่างฟุ่มเฟือย

ในการขอรับบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกทั่วไป ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ท่านต้องรับภาระจ่ายเอง ได้แก่รายการดังต่อไปนี้ ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง และค่ายาผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง กรณีที่ท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัด หรือรักษาการบำบัดเจ็บทางแพทย์แผนจีน ท่านจะต้องจ่าย “ค่าบริการ

กายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก (รวมการรักษาการบาดเจ็บแพทย์แผนจีน) ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” เพิ่มเติม และหากท่านได้รับการจัดเตรียมให้อยู่รักษาตัวในโรงพยาบาล เมื่อออกจากโรงพยาบาลท่านจะต้องจ่าย “ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง” ด้วย

## 1.ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

ประเภท	ค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง				
	ผู้ป่วยนอกแพทย์แผนปัจจุบัน		ฉุกเฉิน	ทันตกรรม	แพทย์แผนจีน
ระดับโรงพยาบาล	ผ่านการส่งตัว	ไม่ผ่านการส่งตัว			
วิทยาลัยการแพทย์	210	360	450	50	50
	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน
โรงพยาบาลเขต	140	240	300	50	50
	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน
โรงพยาบาลท้องถิ่น	50	80	150	50	50
	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน
คลินิก	50	50	150	50	50
	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน	เหรียญได้หัววัน

- หมายเหตุ : 1.สำหรับผู้ที่มิ หนึ่งสัปดาห์รับรองผู้พลภาพ ไม่ว่าจะเข้ารับการรักษาประเภทผู้ป่วยนอกในสถานพยาบาลระดับใดก็ตาม จะถูกเรียกเก็บค่าใช้จ่าย สำหรับค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองในอัตราเดียวกับ การรับบริการจากคลินิกคือ 50 เหรียญได้หัววัน
- 2.ผู้ป่วยหลังจากที่เข้ารับการผ่าตัดแบบผู้ป่วยนอก ผ่าตัดฉุกเฉินหรืออยู่รักษาในโรงพยาบาล ที่เป็นการกลับมาตรวจติดตามการรักษาครั้งที่ 1 ภายใน 1 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล และผู้คลอดบุตรที่เป็นการกลับมาตรวจติดตามหลังจากออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 สัปดาห์ ถือว่าเป็นการรักษาลักษณะส่งต่อผู้ป่วย โดยโรงพยาบาลจะต้องออกหนังสือรับรองให้กับผู้ป่วย

## 2.ค่ายาผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

ค่ายา	ส่วนที่ต้องรับภาระเอง	ค่ายา	ส่วนที่ต้องรับภาระเอง
ต่ำกว่า 100 เหรียญได้หัววัน	0 เหรียญได้หัววัน	601~700 เหรียญได้หัววัน	120 เหรียญได้หัววัน
101~200 เหรียญได้หัววัน	20 เหรียญได้หัววัน	701~800 เหรียญได้หัววัน	140 เหรียญได้หัววัน
201~300 เหรียญได้หัววัน	40 เหรียญได้หัววัน	801~900 เหรียญได้หัววัน	160 เหรียญได้หัววัน
301~400 เหรียญได้หัววัน	60 เหรียญได้หัววัน	901~1,000 เหรียญได้หัววัน	180 เหรียญได้หัววัน
401~500 เหรียญได้หัววัน	80 เหรียญได้หัววัน	มากกว่า 1,001 เหรียญได้หัววัน	200 เหรียญได้หัววัน
501~600 เหรียญได้หัววัน	100 เหรียญได้หัววัน		



### 3. ค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอก (รวมการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน) ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

กรณีท่านรับการรักษากายภาพบำบัดหรือการรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน ท่านต้องชำระค่าบริการในส่วนที่ต้องรับภาระเองเพิ่มครั้งละ 50 เหรียญได้ทุกวัน นับตั้งแต่การรักษาครั้งที่ 2 ของการเข้ารับบำบัดรักษาซ้ำเป็นต้นไป (ยกเว้นการรักษากายภาพบำบัดในระดับ “ปานกลาง-รุนแรง” และ “รุนแรง”)

### 4. ค่าบริการทางการแพทย์ผู้ป่วยใน ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :

ค่าบริการทางการแพทย์ส่วนที่ท่านต้องรับภาระเองกรณีรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลของเครือประกันสุขภาพ จะขึ้นอยู่กับประเภทห้องพักว่าเป็นห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลันหรือผู้ป่วยเรื้อรังและจำนวนวันที่พัก โดยจะจัดเก็บตามสัดส่วนจากค่าใช้จ่ายทั้งหมดของการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลแต่ละครั้ง ซึ่งมีสัดส่วนการจัดเก็บค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเองดังนี้ :

ประเภทห้องพัก	สัดส่วนค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเอง			
	5%	10%	20%	30%
ห้องพักผู้ป่วยเฉียบพลัน	--	ไม่เกิน 30 วัน	31-60 วัน	61 วันขึ้นไป
ห้องพักผู้ป่วยเรื้อรัง	ไม่เกิน 30 วัน	31-90 วัน	91-180 วัน	181 วันขึ้นไป

หมายเหตุ: หากท่านเนื่องจากโรคเดียวกันพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระเองจะจัดเก็บโดยมีเพดานสูงสุด ซึ่งจะมีการประกาศกำหนดเพดานค่าใช้จ่ายสูงสุดปีละครั้ง เช่นระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 – 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558 หากเข้ารับการรักษาพยาบาลด้วยโรคเดียวกันในห้องผู้ป่วยเฉียบพลันไม่เกิน 30 วัน หรือพักรักษาตัวในห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังไม่เกิน 180 วัน การรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 33,000 เหรียญได้ทุกวัน และการรักษาตัวในโรงพยาบาลตลอดปีส่วนที่ต้องรับภาระเองสูงสุดไม่เกิน 56,000 เหรียญได้ทุกวัน โดยสามารถขอเบิกคืนค่าใช้จ่ายส่วนที่เกินจากกำหนดเพดานสูงสุดตลอดปีได้ก่อนวันที่ 30 มิถุนายน ของปีถัดไป (หมายเหตุ: กรมประกันสุขภาพประกาศเพดานสูงสุดของค่าใช้จ่ายการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่วนที่ต้องรับภาระเองประจำปีสำหรับปีนั้นๆ)

### ยื่นเรื่องขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายไปก่อนอย่างไร:

1. กรอกแบบฟอร์มขอเบิกค่ารักษาพยาบาลที่ได้สำรองจ่ายไปก่อนจากการประกันสุขภาพ พร้อมแนบใบเสร็จรับเงินค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลตัวจริงและใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด และยื่นเรื่องได้ที่ฝ่ายบริการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพในเขตที่ตั้งของสถานพยาบาลที่รับการตรวจรักษาครั้งแรก
2. สามารถขอแบบฟอร์มได้ที่เคาน์เตอร์ฝ่ายบริการสาขาสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่งหรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ <http://www.nhi.gov.tw>

### ใครคือผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์

#### แพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง

1. ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองทั้งหมด:
  - (1) ผู้ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคร้ายแรง คลอดบุตรและอยู่อาศัยในพื้นที่ภูเขาหรือพื้นที่หมู่เกาะรอบนอก
  - (2) ผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้รับการส่งตัวจากสถานพยาบาลในพื้นที่หมู่เกาะรอบนอกเพื่อมารับการรักษาต่อในได้ทันที
  - (3) ทหารผ่านศึกและตัวแทนครอบครัวของทหารผ่านศึกเสียชีวิตที่มีระบุคำว่า "เกียรติ" บนบัตรประกันสุขภาพ
  - (4) ครอบครัวผู้มีรายได้ต่ำ
  - (5) เด็กอายุต่ำกว่า 3 ขวบ
  - (6) ผู้ที่ขึ้นทะเบียนผู้ป่วยโรคและเข้ารับการรักษายังโรงพยาบาลในเครือประกันสุขภาพ
  - (7) ผู้ทำประกันภัยแรงงานที่เข้ารับการักษาพยาบาลจากการเจ็บป่วยจากการทำงาน
  - (8) ผู้ป่วยได้รับสารพิษโพลีคลอริเนท ไบฟีนอลที่เข้ารับการรักษาผู้ป่วยนอก
  - (9) ผู้สูงอายุเกิน 100 ปี



- (10) ทหารบริการพลเรือนที่อยู่ระหว่างการเป็นทหารและมีบัตรทหาร (รวมทหารบริการพลเรือนทั่วไปและทหารบริการพลเรือนที่อยู่ในการวิจัยพัฒนาระยะแรกและระยะที่2)
- 2.ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่ายาในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :
  - (1) ผู้ที่มี "ใบสั่งยารักษาโรคเรื้อรังต่อเนื่อง" (การสั่งยาสำหรับ 28 วันขึ้นไป) (โรคเรื้อรังตามประกาศของทบวงสาธารณสุขมีทั้งสิ้น 100 ประเภท เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และสามารถค้นหาข้อมูลได้ทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพที่ <http://www.nhi.gov.tw/>)
  - (2) ผู้รับบริการรักษาทางทันตกรรม
  - (3) ผู้รับบริการรักษา "กลุ่มวินิจฉัยโรคร่วมหรือดีอาร์จี (DRG)" ตามข้อกำหนด มาตรฐานค่าใช้จ่ายและรายการบริการทางการแพทย์ที่การประกันสุขภาพออกให้
- 3.ผู้มีสิทธิได้รับการยกเว้นค่าบริการกายภาพบำบัดผู้ป่วยนอกในส่วนที่ต้องรับภาระเอง :
  - (1) การรักษาด้วยกายภาพบำบัดประเภท "การรักษาระดับ ปานกลาง-รุนแรง" ซึ่งก็คือการรับการรักษาระดับปานกลางตั้งแต่ 3 รายการขึ้นไป และมีระยะเวลาการรักษารวมนานกว่า 50 นาที เช่น การกระตุ้นด้วยไฟฟ้าและอื่นๆ อีกกว่า 14 รายการ
  - (2) การรักษาด้วยกายภาพบำบัดประเภท "การรักษาระดับรุนแรง" จำเป็นต้องมีเจ้าหน้าที่ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้บำบัดรักษาให้ เช่น การฝึกการทรงตัวและอื่นๆอีกกว่า 7 รายการ โดยต้องได้รับคำสั่งจากแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูเท่านั้น
- 4.พื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ :

ผู้รับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอก จุกเงินหรือบริการดูแลรักษาในเคสสถาน ซึ่งอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ จะได้รับการยกเว้นค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเอง 20% (สำนักงานประกันสุขภาพจะประกาศรายชื่อพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรทางการแพทย์ปีละ 1 ครั้ง)

## ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียดและใบรายการยา

หลังจากที่ท่านเข้ารับการตรวจรักษาเป็นที่เรียบร้อยแล้วหรือออกจากโรงพยาบาล อย่าลืมขอรับ “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” และ “ใบรายการยา” จากคลินิกหรือโรงพยาบาล และเก็บรักษาไว้ให้ดี

### 1. ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล

“ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” จะระบุรายละเอียดค่าใช้จ่ายของรายการ ได้แก่ “รายการเบิกจ่ายจากประกันสุขภาพ” และ “รายการค่าใช้จ่ายที่ต้องจ่ายเอง” และเลขลำดับที่เข้ารับการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ โดยใบเสร็จรับเงินฉบับนี้สามารถใช้เป็นหลักฐานในการหักลดหย่อนภาษีเมื่อยื่นแบบแสดงรายการเสียภาษีเงินได้ส่วนบุคคล เลขลำดับที่เข้ารับการรักษาโดยใช้บัตรประกันสุขภาพ จะบ่งบอกถึงจำนวนครั้งที่เข้ารับบริการทางการแพทย์ประเภทผู้ป่วยนอกในปีนั้น และยังช่วยป้องกันการลงบันทึกบัตรประกันสุขภาพผิดพลาดด้วย

ทั้งนี้คลินิกและโรงพยาบาลบางแห่งจะออก “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” แยกต่างหาก แต่บางแห่งจะออก “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” โดยจัดพิมพ์พร้อมกันกับ “ใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาล” ลงบนกระดาษใบเดียวกัน

### 2. ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด

รายละเอียดที่ต้องระบุใน “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” ได้แก่ ยอดชำระเงินส่วนที่ต้องออกเองในการเข้ารับการรักษาพยาบาลครั้งนั้น (รวมถึงค่าลงทะเบียนการพบแพทย์ และค่าบริการทางการแพทย์ในส่วนที่ต้องรับภาระเองและรายการค่าใช้จ่ายอื่นๆ) ยอดเบิกจ่ายจากประกันสุขภาพ (แบ่งได้เป็น ค่าตรวจวินิจฉัยโรค ค่ารักษาพยาบาล ค่ายา และค่าบริการ) หากท่านรับการรักษาด้วยกายภาพบำบัดทางแพทย์แผนปัจจุบันหรือรักษาการบาดเจ็บทางแพทย์แผนจีน “ใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด” จะต้องระบุรายการที่เข้ารับการรักษาบำบัดรักษาไว้ด้วย



ใบแสดงรายการอย่างละเอียดนี้ จะช่วยให้ท่านสามารถตรวจสอบได้ว่า คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ท่านเข้ารับการรักษาจัดเก็บค่าใช้จ่ายจากท่าน ถูกต้องหรือไม่ และช่วยให้ท่านทราบด้วยว่าการรักษาในครั้งนั้น สำนักงานประกันสุขภาพมีการเบิกจ่ายไปเท่าไร

### 3. ใบรายการยา

รายละเอียดที่ต้องระบุใน “ใบรายการยา” ได้แก่ ชื่อ نامสกุลของผู้เข้ารับการรักษา เพศ ชื่อยา ขนาดยาและจำนวนยา วิธีใช้และปริมาณการใช้ยา ชื่อ ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์ของสถานที่จัดยา (หน่วยงานที่ให้การรักษาหรือร้านยา) ชื่อ نامสกุลของผู้จัดเตรียมยา วันที่จ่ายยา (มอบยา) ค่าอื่นต่าง ๆ เป็นต้น ตามกฎหมายยา ข้อมูลเหล่านี้ ควรจัดพิมพ์ไว้บนซองยา หากไม่สามารถระบุได้ ควรมีใบรายการยาโดยละเอียดแนบมาด้วย

ใบรายการยาจะสามารถช่วยให้ท่านมีความชัดเจนมากขึ้นว่ารับประทานยาชนิดใดบ้าง และจะรับประทานอย่างไร กรณีที่ท่านต้องการรับการรักษาพยาบาลจากแพทย์คนละแผนก ก็สามารถมอบให้กับแพทย์ผู้ตรวจรักษาใช้อ้างอิงประกอบการรักษาได้

### แพทย์ต้องแจ้งผู้ป่วยล่วงหน้า หากผู้ป่วยต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเอง

กรณีที่แพทย์จะให้การรักษาแก่ท่าน “ในรายการที่นอกเหนือจากที่ประกันสุขภาพจ่ายให้” จะต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้าและได้รับความยินยอมจากท่านก่อน จึงจะทำการรักษาได้

หากท่านมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจเกี่ยวกับ “รายการที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเอง” ที่ปรากฏบนใบรายการค่าใช้จ่ายโดยละเอียด สามารถขอให้ทางสถานพยาบาลช่วยตรวจสอบได้ หรือโทรศัพท์สอบถามที่กรมประกันสุขภาพ หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี)

**มาตรา 51 กฎหมายการประกันสุขภาพระบุว่าค่าใช้จ่ายจากรายการดังต่อไปนี้ ไม่อยู่ในขอบข่ายที่การประกันสุขภาพจ่ายให้**

1. การบริการทางการแพทย์ที่รัฐบาล ต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย ตามที่ระบุไว้ในกฎหมายฉบับอื่น
2. การฉีดวัคซีนป้องกันโรคและการบริการทางการแพทย์อื่นๆ ที่รัฐบาล ต้องเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่าย
3. การบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด (รวมการติดยาสูบ การผ่าตัด คลายกรรมตกแต่ง การจัดฟันที่ไม่ได้เกิดจากการรักษาการบาดเจ็บ ภายนอก การผ่าตัดป้องกัน การผสมเทียม การเปลี่ยนเพศ
4. ยาที่ขายได้โดยไม่ต้องมีคำสั่งแพทย์ ยาที่แพทย์ เภสัชกรหรือผู้ช่วย เภสัชกรแนะนำ
5. การระบุแพทย์ พยาบาลพิเศษหรือเจ้าหน้าที่พยาบาลผู้ให้การดูแลรักษา
6. โลหิต ยกเว้นได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความจำเป็นต้องถ่าย เลือดเนื่องจากได้รับการบาดเจ็บอันตรายแรงด่วน
7. การทดสอบสมรรถภาพร่างกาย
8. การพักรักษาตัวในโรงพยาบาลระหว่างวัน ยกเว้นการดูแลทางจิตเวช
9. ค่าอาหารนอกเหนือจากค่าอาหารทางสายยาง ส่วนต่างค่าห้องพักผู้ป่วย
10. ค่าเดินทาง ค่าลงทะเบียนการพบแพทย์และค่าเอกสารรับรองของ ผู้ป่วย
11. ฟันปลอม ตาปลอม แวนตา เครื่องช่วยฟัง รถเข็น ไม้เท้าและอุปกรณ์ อื่นๆ ที่ไม่ใช่อุปกรณ์ในการบำบัดรักษาโรค
12. การบริการทางการแพทย์และยาอื่นๆ ที่เสนอโดยผู้ประกันตน ซึ่ง จะต้องได้รับการอนุมัติประกาศจากหน่วยงานที่มีอำนาจในการ ตัดสินใจ หลังผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการประกันสุขภาพ



## ส่วนต่างที่ต้องจ่ายเองของอุปกรณ์พิเศษ

### 1. ประกันสุขภาพเปิดเผยราคาอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องจ่ายเอง เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกในการรักษาพยาบาลมากยิ่งขึ้น

ปัจจุบัน สำนักงานประกันสุขภาพมีการจ่ายค่าอุปกรณ์พิเศษอย่างเพียงพอและได้ผลดี แต่เนื่องจากอุปกรณ์ทางการแพทย์มีการปรับปรุงดีขึ้นต่อเนื่อง เพื่อบรรเทาภาระของประชาชน สำนักงานประกันสุขภาพจึงได้มีการแสดงรายการอุปกรณ์บางรายการที่มีการปรับปรุงสมรรถนะดีขึ้น แต่เนื่องจากราคาแพงจึงไม่ได้บรรจุไว้ในรายการจ่ายชุดเซตอุปกรณ์พิเศษของประกันสุขภาพ ซึ่งประชาชนเป็นผู้รับภาระจ่ายส่วนต่างเอง เพื่อให้ประชาชนมีทางเลือกมากขึ้นเมื่อรับการรักษาพยาบาล

#### (1) ประเภทเพิ่มสมรรถนะเครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ

นับแต่วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ.2538 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันเครื่องควบคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ (รวม สายส่งนำสัญญาณไฟฟ้า) ที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้เป็นการ ไซกระแสไฟอย่างอ่อนกระตุ้นหัวใจ เพื่อปรับการเต้นของหัวใจ รักษาการทำงานและกระตุ้นการเต้นของหัวใจ ส่วน "ประเภทเพิ่มสมรรถนะเครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" ที่เพิ่มเข้ามาใหม่นี้มีการตรวจวัดสัญญาณที่ดีกว่าเหมาะสมต่อความต้องการในการทำงานของหัวใจมากขึ้น สนองความต้องการระยะยาวทางคลินิกแก่ผู้ป่วยได้อย่างใกล้เคียงมากขึ้น แต่เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจประเภทนี้ก็มีข้อจำกัดอาการโรคที่ห้ามใช้ เป็นต้น ดังนั้นจำเป็นต้องผ่านการประเมินของแพทย์เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างดีที่สุด

หากต้องการใช้ "ประเภทเพิ่มสมรรถนะเครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ" สำหรับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติเข้าข่ายในการใช้เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจกรมประกันสุขภาพจะจ่ายให้ ตามราคา

“เครื่องคุมจังหวะการเต้นของหัวใจ” ผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

## (2) ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยา หรือเคลือบชั้นพิเศษ

ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง โดยอุปกรณ์ขดลวด (stent) แบบทั่วไปที่การประกันสุขภาพรับผิดชอบค่าใช้จ่ายให้ในปัจจุบันนั้นเพียงพอกับการใช้งานอยู่แล้ว ส่วน “ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ” ก็คือขดลวดแบบทั่วไปที่เคลือบด้วยยาหรือเคลือบชั้นพิเศษที่สามารถลดหรือยับยั้งอัตราการตีบของเส้นเลือดได้ แต่ก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน ดังนั้น จึงขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการเลือกวิธีการรักษาที่ดีที่สุด

หากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ “ขดลวดถ่างขยายหลอดเลือดหัวใจชนิดเคลือบยาหรือเคลือบชั้นพิเศษ” สำนักงานประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เทียบเท่ากับราคาของขดลวดทั่วไปให้กับผู้ที่มีการเหมาะสมกับการผ่าตัดขยายหลอดเลือดหัวใจโดยใส่ขดลวด โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น

## (3) ข้อสะโพกเทียมทำจากวัสดุพิเศษ:

ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนแก่ข้อสะโพกเทียมทำจากเซรามิกและข้อสะโพกเทียมที่มีลักษณะผิวโลหะกับโลหะ เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2550 และ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ตามลำดับ ปัจจุบันประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายให้สำหรับข้อสะโพกเทียมไทเทเนียมและโคบอลต์-โครม โดยที่दानในของข้อทำจากโพลีเอทิลีน น้ำหนักโมเลกุลสูงที่มีคุณสมบัติทนต่อการสึกหรอได้ดี และมีอัตราการสึกหรอที่ต่ำมาก ซึ่งหากมีการใช้งานอย่างเหมาะสม ก็มีโอกาสน้อยมาก

นักที่จะต้องรับการผ่าตัดเพื่อเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมอีกครั้ง

หากมีความต้องการใช้อุปกรณ์ “ข้อสะโพกเทียมเซรามิก” และ “ข้อสะโพกเทียมที่มีลักษณะผิวโลหะกับโลหะ” สำนักงานประกันสุขภาพจะออกค่าใช้จ่ายในส่วนที่เทียบเท่ากับราคาของ “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม” ให้กับผู้มีเงื่อนไขตรงตามการรักษาดูแลการเปลี่ยนแปลง “ข้อสะโพกเทียมแบบดั้งเดิม” โดยผู้ป่วยต้องรับภาระส่วนต่างค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ ข้อสะโพกเทียมก็มีข้อห้ามและผลข้างเคียงเช่นกัน และต้องให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญเป็นผู้ประเมินอย่างละเอียด

#### (4) เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ:

ปรับปรุงหลักเกณฑ์การให้ความช่วยเหลือออกค่าใช้จ่ายบางส่วนตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 เป็นต้นมาได้มีการบรรจุไว้ในรายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ผู้ที่มีเงื่อนไขสอดคล้องกับการรักษาการผ่าตัดต้อกระจกตามระเบียบประกันสุขภาพจะได้รับสิทธิในการผ่าตัดเปลี่ยน “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดธรรมดา” ซึ่งเป็นรายการที่อยู่ในขอบข่ายของกรมประกันสุขภาพ เลนส์แก้วตาเทียมดังกล่าวผลิตจากวัสดุ PMMA, Silicone และ Acrylic โดยหลังการผ่าตัดฝังเลนส์แก้วตาเทียมแล้ว ผลการมองเห็นจะคงที่ดีเป็นเวลานาน และเพียงพอสำหรับการใช้งานในผู้ป่วยต้อกระจกมากกว่า 90% ส่วนเลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ จะมีข้อบ่งชี้และข้อห้าม เหตุนี้ จึงไม่ได้หมายความว่า จะเหมาะสมกับผู้ป่วยโรคต้อกระจกทุกคนเมื่อผู้ป่วยมีเงื่อนไขที่ตรงตามระเบียบการเข้ารับการผ่าตัดต้อกระจก หลังจากแพทย์ได้อธิบายชี้แจงอย่างละเอียดแล้ว หากมีความต้องการเลือกใช้ “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดพิเศษ” ผู้ป่วยจะต้องรับภาระส่วนต่างที่เกินจากส่วนที่สำนักงานประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ โดยอ้างอิงจากราคา “เลนส์แก้วตาเทียมชนิดธรรมดา”

## (5) ลินหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทาน

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2557 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ในรายการ ส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบัน ลินหัวใจเทียมของประกันสุขภาพมี คุณภาพเพียงพอต่อการใช้ของผู้ป่วยส่วนใหญ่ สมรรถนะที่เพิ่มขึ้นได้แก่ ลินหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทาน ซึ่งเป็นลินหัวใจจากเนื้อเยื่อ ประเภทหนึ่ง เทียบกับลินหัวใจจากเนื้อเยื่อแบบดั้งเดิม มีความแตกต่าง ด้านเทคนิคด้านการเกิดหินปูน วิธีการทำให้เนื้อเยื่อคงตัว วัสดุลินหัวใจ และวิธีการใส่ลินหัวใจหรืออายุการใช้เป็นต้น ซึ่งมีตัวเลขวิจัยยืนยันที่ แสดงว่าดีกว่า แต่ลินหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทาน ก็มีข้อห้ามและ ผลข้างเคียงของการใช้ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องผ่านการประเมินจากแพทย์ เฉพาะทางอย่างละเอียด เพื่อให้การรักษาที่ดีที่สุด

หากมีความจำเป็นต้องผ่าตัดเปลี่ยนลินหัวใจเทียม หลังจากได้ รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์แล้ว ผู้ที่มีความต้องการ ใช้ลินหัวใจเทียมจากเนื้อเยื่อแบบทันทานซึ่งมีส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง สำนักงานประกันสุขภาพจะจ่ายชดเชยให้ตามมาตรฐานลินหัวใจเทียม แบบดั้งเดิม ส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระเอง

## (6) ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับ ความดัน

นับแต่วันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ได้มีการบรรจุไว้ใน รายการส่วนต่างที่ต้องจ่ายเอง ปัจจุบันระบบระบายน้ำจากโพรงสมอง ลงช่องท้องทั่วไปที่ประกันสุขภาพออกค่าใช้จ่ายให้ เป็นวาล์วระบาย แบบความดันคงที่ สำหรับผู้ป่วยที่อาการคงตัว สามารถใช้งานได้ อย่างมี ประสิทธิภาพ เพียงพอต่อการใช้งานของผู้ป่วยส่วนใหญ่ แต่ สำหรับผู้ป่วยที่อาจมีอาการเปลี่ยนแปลงไม่คงที่ (เช่นผู้ป่วยโรค น้ำคั่งในโพรงสมองภาวะความดันปกติ ผู้ป่วยสมองบาดเจ็บ ผู้ป่วย เด็กเป็นต้น) หากต้องการเปลี่ยนการตั้งค่าความดันในภายหลัง จะทำ ได้โดยการติดตั้งใหม่อีกครั้งเท่านั้น รายการเพิ่ม “ระบบระบายน้ำจาก โพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน” ไม่จำเป็นต้องทำการผ่าตัดอีก



ครั้ง สามารถปรับความดันจากภายนอกร่างกายได้โดยตรง แต่จำเป็นต้องผ่านการประเมินของแพทย์เฉพาะ ทางอย่างละเอียดเพื่อให้การวินิจฉัยและรักษาอย่างดีที่สุด

หากผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง หลังจากได้รับการอธิบายอย่างละเอียดจากแพทย์และเข้าใจแล้ว ผู้ที่มีความต้องการใช้ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้องแบบปรับความดัน กรมประกันสุขภาพจะจ่ายให้ตามราคา “ระบบระบายน้ำจากโพรงสมองลงช่องท้อง” ทั่วไป ส่วนที่เกินผู้ป่วยต้องรับภาระเอง

## 2. เพื่อเสริมการได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่ของผู้ป่วย สำนักงานประกันสุขภาพกำหนดให้หน่วยงานบริการทางการแพทย์ตามการประกัน เมื่อแนะนำให้ผู้ป่วยใช้อุปกรณ์ที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง ต้องให้ข้อมูลอย่างเปิดเผย ทำการอธิบายอย่างเต็มที่และลงลายมือชื่อในหนังสือยินยอม

เมื่อสถานพยาบาลเสนอให้ผู้ประกันตนใช้อุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเองเพื่อให้ประชาชนได้รับข้อมูลอย่างเต็มที่ การแจ้งให้ทราบแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนคือ:

### ขั้นตอนที่ 1

- (1) ก่อนการรักษาหรือผ่าตัด 2 วัน (นอกจากภาวะฉุกเฉิน) แพทย์ต้องมอบหนังสืออธิบายแก่ผู้ประกันตนหรือญาติ ขณะเดียวกันต้องทำการอธิบายอย่างละเอียด พร้อมทั้งให้แพทย์และผู้ประกันตนหรือญาติลงนามทั้งสองฝ่ายแบบเดียวกัน 2 ฉบับ โดย 1 ฉบับมอบให้กับผู้ประกันตนหรือญาติ อีก 1 ฉบับเก็บไว้กับแฟ้มประวัติคนไข้
- (2) รายละเอียดหนังสืออธิบายประกอบด้วย: ส่วนต่างต้องจ่ายเองของค่าใช้จ่ายอุปกรณ์พิเศษและสาเหตุที่ต้องใช้อุปกรณ์คุณสมบัติพิเศษ ขอควรระวัง ผลข้างเคียงและผลการรักษาเปรียบเทียบกับอุปกรณ์ที่ประกันสุขภาพจ่ายให้

## ขั้นตอนที่ 2

- (1) ผู้ประกันตนหรือญาติหลังได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว หน่วยงานบริการทางการแพทย์ ยังต้องอธิบายการเก็บค่าใช้จ่ายและให้เวลาผู้ช่วยพิจารณาอย่างเต็มที่ จากนั้นขอให้ลงนามในหนังสือให้ความยินยอมแบบเดียวกัน 2 ฉบับ โดย 1 ฉบับมอบให้กับผู้ประกันตนหรือญาติเก็บรักษา อีก 1 ฉบับเก็บไว้กับแฟ้มประวัติคนไข้
- (2) รายการที่ระบุในหนังสือให้ความยินยอมประกอบด้วย: ชื่อรายการและหมายเลขรหัสอุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง หมายเลขใบอนุญาตอุปกรณ์การแพทย์ ราคาต่อหน่วย ปริมาณและจำนวนเงินที่ต้องจ่ายเอง

สถานพยาบาลต้องออกใบเสร็จมอบให้ผู้ประกันตนหรือญาติเก็บไว้ นอกจากนี้ ต้องมอบรายละเอียดชื่อรายการของอุปกรณ์พิเศษที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง หมายเลขรหัสอุปกรณ์ ราคาต่อหน่วย ปริมาณและจำนวนเงินโดยรวมที่ต้องจ่ายเองให้ผู้ประกันตนหรือญาติเก็บรักษา

การเพิ่มเติม ยกเลิก หรือมีการเปลี่ยนแปลงมาตรฐานการเก็บค่าใช้จ่ายของรายการอุปกรณ์ที่มีส่วนต่างต้องจ่ายเอง สถานพยาบาลต้องทำการบันทึกในเครือข่ายเว็บไซต์ข้อมูลประกันสุขภาพ (VPN) ตามกำหนดของกรมประกันสุขภาพ และประกาศใน เว็บไซต์ของกรมประกันสุขภาพ เพื่อให้ทุกฝ่ายสามารถตรวจสอบได้ ประชาชนสามารถใช้เว็บไซต์ของกรมประกันสุขภาพส่วน “เว็บเปรียบเทียบราคาอุปกรณ์การแพทย์ที่ต้องจ่ายเอง” ตรวจสอบการเก็บค่าใช้จ่ายของสถานพยาบาลต่างๆ พร้อมทั้งสามารถถึงคดีรายละเอียดข้อควรระวังสำหรับรายการอุปกรณ์การแพทย์ที่ได้รับอนุมัติ เช่น ความเหมาะสม โรคที่ห้ามใช้ ผลข้างเคียงและข้อควรระวัง เป็นต้น



## ร้องเรียนและปรึกษาสอบถาม

เมื่อเข้ารับการรักษาพยาบาล และพบว่าสถานพยาบาลไม่ปฏิบัติตามระเบียบดังกล่าวข้างต้น สามารถจะร้องเรียนหรือปรึกษาสอบถามผ่านช่องทางต่อไปนี้ :

1. โทรศัพท์สอบถามได้ที่หมายเลข 0800-030-598 (โทรฟรี)
2. ร้องเรียนผ่านทางเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพหรือติดต่อกับฝ่ายรับร้องเรียนของโรงพยาบาลในเครือข่ายทุกแห่ง (ค้นหาข้อมูลหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อที่เกี่ยวข้องได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/>)
3. ติดต่อฝ่ายบริการหรือฝ่ายประสานงานของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่งด้วยตัวเอง

## ยื่นคำร้องตรวจสอบข้อพิพาท

ผู้ที่มีข้อสงสัยการประกาศอนุมัติเรื่องดังต่อไปนี้ของกรมประกันสุขภาพ สามารถยื่นคำร้องขอตรวจสอบการพิจารณาขอโต้แย้งต่อคณะกรรมการพิจารณาขอโต้แย้งการประกันสุขภาพกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้ภายใน 60 วันนับตั้งแต่วันที่สองที่เอกสารการอนุมัติของสำนักงานประกันสุขภาพส่งไปถึง

1. คุณสมบัติผู้ทำประกันและขั้นตอนการยื่นขอทำประกัน
2. การกำหนดค่าประกันที่ใช้เป็นฐานในการคำนวณ
3. เงินสมทบประกันสุขภาพและค่าปรับ
4. ค่าบริการทางการแพทย์ที่ประกันสุขภาพจ่ายให้
5. สิทธิประโยชน์การประกันสุขภาพอื่นๆ

ข้อมูลการติดต่อคณะกรรมการพิจารณาข้อโต้แย้งการประกันสุขภาพ  
กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการดังนี้:

ที่อยู่ : เลขที่ 488 ถ.จ่งเลี้ยวตงลู่ ตอน 6 เขตหนานกั่ง กรุงไทเป  
รหัสไปรษณีย์ 11558

เว็บไซต์: <http://www.mohw.gov.tw/CHT/NHIDSB/>

รายละเอียดดำเนินการ		โทรศัพท์	
ข้อพิพาท ด้านสิทธิ ประโยชน์	สำหรับผู้ประกันตนและหน่วยงานทำประกัน เกี่ยวกับการจ่ายเงินสมทบการประกัน เงินสมทบเพิ่มเติม สถานะการทำประกัน การจ่ายชดเชย การอนุมัติออกไปรับรองโรคภัยแรง หน่วยงานทางการแพทย์ที่ร่วมประกันสุขภาพในสวนรายการที่รวมและสิทธิประโยชน์ด้านอื่นๆ	(02)8590-7222	
ตรวจสอบ ข้อพิพาท ค่า รักษาพยาบาล	ดำเนินการ ตรวจสอบข้อพิพาท	(1) หนังสือร้องเรียน ทันตแพทย์	(02)8590-7163
		(2) ร้องเรียนผ่านสื่อการ ตรวจสอบลงหนา	(02)8590-7162





# บทที่ 8



## สมรรถนะ การอัปเดต การรักษาและการยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพ

กรมประกันสุขภาพเริ่มใช้บัตรรุ่นใหม่ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 หากบนบัตรมีรูปภาพติดเวลาไปพบแพทย์ก็ไม่จำเป็นต้องแสดงบัตรประจำตัวประชาชนให้สถานพยาบาลตรวจสอบ นอกจากนี้ไมโครชิปในบัตรยังสามารถเก็บข้อมูลการรักษาพยาบาลได้ถึง 6 ครั้งที่ผ่านมา รวมทั้งข้อมูลการเป็นผู้ป่วยโรครายแรง การตรวจที่สำคัญๆ และประวัติการใช้จ่าย เพื่อเป็นการช่วยเหลือ เวลาท่านรับการรักษาพยาบาลจะได้มีหลักประกันยิ่งขึ้น

### บทบาทของบัตร

#### 1.บันทึกการรักษาพยาบาลต่างๆ

บัตรประกันสุขภาพเป็นใบรับรองในการรักษาพยาบาลของประกันสุขภาพพลเมือง รายการรักษาพยาบาลต่างๆ จะถูกบันทึกไว้ในบัตร

#### 2.บันทึกการตรวจที่สำคัญๆ และการใช้จ่าย

การบันทึกรายการใช้จ่ายและการตรวจไว้ในบัตรประกันสุขภาพเพื่อเวลาแพทย์ทำการรักษาท่าน สามารถอ้างอิงลักษณะการใช้จ่ายและการตรวจวินิจฉัยครั้งก่อน เพื่อหลีกเลี่ยงการให้ยาหรือการตรวจที่ซ้ำซ้อน ทั้งนี้เพื่อประกันความปลอดภัยในการรักษาพยาบาล ยกระดับคุณภาพทางการ

แพทย์ ทั้งยังสามารถลดความสูญเสียทรัพยากรทางการแพทย์อีกด้วย

### 3. การบันทึกประวัติการเจ็บป่วยโรคร้ายแรง

การป่วยเป็นโรคร้ายแรงจะถูกบันทึกลงในบัตรประกันสุขภาพโดยตรง เมื่อผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงไปพบแพทย์ เพียงแค่พบบัตรประกันสุขภาพ ก็จะได้ลดหย่อนค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเอง

ผู้ประกันที่สมัครและได้รับอนุมัติเป็นผู้ป่วยโรคร้ายแรงแล้ว เวลาไปพบแพทย์ หากบัตรประกันสุขภาพยังไม่ได้รับการบันทึกขอมูลว่าป่วยเป็นโรคร้ายแรง สามารถขอให้คลินิกหรือโรงพยาบาลช่วยปรับข้อมูลให้ใหม่ หรือไปยังจุดที่มีเครื่องอ่านบัตร (สำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่น หรือที่เทศบาลจังหวัด เขต อำเภอ ตำบลทุกแห่ง) เพื่อทำการปรับข้อมูลโดยอัตโนมัติ

### 4. สมัครใจลงบันทึกการบริจาคอวัยวะร่างกายหรือผู้ปวยดูแลระยะสุดท้าย

ท่านสามารถเขียนแบบคำร้องผ่าน “สมาคมรับบริจาคอวัยวะร่างกายไต้หวัน” “มูลนิธิศูนย์รับบริจาคอวัยวะเพื่อการปลูกถ่ายไต้หวัน” “สมาคมดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองไต้หวัน” หน่วยงานดังกล่าวจะส่งต่อข้อมูลไปให้กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงจะส่งต่อให้สำนักงานประกันสุขภาพ เมื่อมีการปรับข้อมูลบนบัตรประกันสุขภาพใหม่ ก็จะทำให้การบันทึกลงในบัตรประกันสุขภาพของท่านโดยอัตโนมัติ เป็นผลให้เจ้าหน้าที่พยาบาลทราบว่า ท่านสมัครใจบริจาคอวัยวะร่างกาย หรือประสงค์เป็นผู้ป่วยดูแลระยะสุดท้ายได้ทันที

### 5. ใช้กลไกตรวจสอบของบัตรประกันสุขภาพเดือนให้ประชาชนจะต้องเข้าร่วมประกันและชำระเบี้ยประกันที่ค้างอยู่

หากท่านยังไม่ได้เข้าร่วมประกันสุขภาพ หรือค้างชำระเบี้ยประกัน ท่านจะไม่ได้ได้รับการรักษาพยาบาลในฐานะผู้ประกันสุขภาพ เมื่อบัตรประกันสุขภาพของท่านใช้จำนวนครั้งรักษา 6 ครั้งหมด หรือบัตรประกันสุขภาพหมดอายุท่านจะไม่สามารถปรับข้อมูลใหม่ หรือเข้าพักรักษาตัวในโรง



พยาบาลได้ เพื่อสิทธิประโยชน์ของตนเอง ให้ท่านรีบเข้าร่วมประกัน และชำระเบี้ยประกันให้ครบโดยเร็วที่สุด

## 6. ใช้บัตรประกันสุขภาพลงทะเบียนรับบริการผ่าน อินเทอร์เน็ต

เว็บไซต์กรมประกันสุขภาพจัดทำ “งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ตข้อมูล ประกันสุขภาพส่วนบุคคล” ประชาชนสามารถใช้ “หลักฐานแสดงตน อิเล็กทรอนิกส์” ยืนยันเรื่องเกี่ยวกับประกันสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต ได้หลายรายการ และนับแต่วันที่ 4 กุมภาพันธ์พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา ได้เปิดให้ประชาชนใช้ “บัตรประกันสุขภาพ” ลงทะเบียนรับบริการผ่าน อินเทอร์เน็ต ตรวจสอบและยืนยันทำเรื่องประกันสุขภาพรายการต่างๆ

## การปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

เมื่อมีเหตุการณ์ดังต่อไปนี้ กรุณาทำการปรับข้อมูลบัตรประกันสุขภาพ

### 1. จำนวนครั้งรักษาพยาบาลใช้หมด

หลังจากบัตรประกันสุขภาพปรับข้อมูลใหม่แล้ว สามารถใช้ได้ 6 ครั้ง สำหรับผู้ที่มีความต้องการการรักษาพยาบาลที่สูง จำนวนครั้งรักษาจะเพิ่มมากขึ้น เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีสามารถใช้ได้ 18 ครั้ง ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปสามารถใช้ได้ 12 ครั้ง การใช้บัตรประกันสุขภาพไปพบแพทย์จะถูกหัก 1 ครั้งโดยอัตโนมัติ หลังจากจำนวนครั้งรักษาใช้หมด ก็ต้องปรับข้อมูล จำนวนครั้งรักษาใหม่ จึงจะใช้บัตรไปคลินิกหรือโรงพยาบาลต่อไป

### 2. บัตรใกล้หมดอายุ

บัตรประกันสุขภาพมีกำหนดอายุการใช้งาน เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาท่าน ลืมปรับข้อมูลบัตรใหม่ภายในกำหนดเวลา จึงมีการตั้งกำหนดวันหมดอายุก่อนวันเกิด 1 วัน ท่านสามารถปรับข้อมูลบัตรใหม่ได้ภายใน 30 วัน ก่อนถึงวันเกิดทุกปีตามจุดที่มีเครื่องอ่านบัตรหรือขณะที่ไปรับการรักษาพยาบาล คลินิกหรือโรงพยาบาลจะช่วยปรับข้อมูลบัตรใหม่ให้แก่ท่าน โดยอัตโนมัติ

### 3. มันที่เปลี่ยนแปลงสถานภาพ

หากท่านเปลี่ยนแปลงสถานภาพใช้ฐานะผู้มีรายได้น้อยหรือทหารผ่านศึกที่ไม่มีอาชีพเข้าร่วมประกัน จะต้องไปจุดที่มีเครื่องอ่านบัตร เช่น สำนักงานของสำนักงานประกันสุขภาพทุกแห่ง หรือคลินิก โรงพยาบาล เพื่อปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่ขึ้น จึงจะลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองได้

### 4. จุดปรับข้อมูลบัตร

หากจำนวนครั้งรักษาใช้หมดแล้ว ปกติคลินิกหรือโรงพยาบาลเป็นผู้ปรับข้อมูลบัตรให้ใหม่โดยอัตโนมัติขณะที่ท่านลงทะเบียน นอกจากนี้ท่านยังสามารถปรับข้อมูลบัตรที่เครื่องอ่านบัตรของสำนักงานประกันสุขภาพของที่ สำนักงานติดต่อ หรือที่เทศบาลจังหวัด เขต อำเภอ ตำบลทุกแห่ง

## บัตรประกันสุขภาพทำให้ข้อมูลการรักษาพยาบาลส่วนบุคคลรั่วไหลหรือไม่

1. ข้อมูลในบัตรประกันสุขภาพได้รับการออกแบบเข้ารหัสอย่างเข้มงวด เครื่องอ่านบัตรตามสถานพยาบาลต้องใส่ “การ์ดโมเดลความปลอดภัย” ที่จัดให้โดยสำนักงานประกันสุขภาพจึงจะทำงานได้ มีกลไกมอบอำนาจและตรวจสอบซึ่งกันและกันอย่างเข้มงวด แพทย์จะต้องใส่ “บัตรแพทย์” จึงจะอ่านข้อมูลส่วนตัวเกี่ยวกับผู้ป่วยโรครายแรงและใบสั่งยาของผู้ป่วย นอก ไม่เชื่อว่าใครก็สามารถอ่านข้อมูลได้ ดังนั้นท่านไม่ต้องกังวลใจในเรื่องข้อมูลส่วนตัวด้านการรักษาพยาบาลจะรั่วไหล
2. ท่านสามารถใช้วิธีตั้งรหัสบัตรหรือไม่ก็ได้ (บัตรใหม่จะถูกตั้งมาแบบปิดการเข้ารหัส) เมื่อตั้งรหัสแล้ว แม่จะมีเครื่องอ่านบัตรและโมเดลความปลอดภัย ก็จะต้องใส่รหัสที่ถูกต้องจึงจะอ่านข้อมูลบัตรได้
3. สามารถตั้ง เปลี่ยนแปลง หรือยกเลิกรหัสบัตร ได้ที่เครื่องอ่านบัตรเฉพาะของประกันสุขภาพ ณ ศูนย์บริการสำนักงานประกันสุขภาพ สำนักงานติดต่อ หรือที่ว่าการอำเภอตำบลและเขตทุกแห่ง หากลิ้มรหัสสามารถโทรศัพท์ติดต่อขอยกเลิกการตั้งรหัสได้ที่เบอร์โทร 0800-030-598



## การรักษาบัตรประกันสุขภาพ

หากข้อมูลหรือแผ่นไมโครชิปบนผิวของบัตรประกันสุขภาพสึกหรอ จะ เป็นผลให้อ่านข้อมูลไม่ได้ จึงควรระวังเป็นพิเศษดังนี้ :

1. อย่าตัดบัตรจนงอเกินไป ชูดขีดแผ่นไมโครชิป หรือนั่งทับ มิเช่นนั้นแผ่นไมโครชิปอาจชำรุด
2. อย่าใช้น้ำล้างหรือแช่น้ำ อย่าใช้แอลกอฮอล์ สารละลาย ยางลบ ลบแผ่นไมโครชิป อย่าใส่บัตรไว้ร่วมกับของแหลมคม หรือใส่บัตร ไว้ในบริเวณที่มีสารกัดกร่อนที่เป็นกรดหรือด่างอย่างรุนแรง
3. หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับไฟฟ้า แหล่งไฟ ตากแดดที่อุณหภูมิสูงโดยตรง หรือวางอยู่ในบริเวณที่มีสนามแม่เหล็กสูงจากโทรทัศน์หรือ คอมพิวเตอร์ เป็นต้น

## บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานหรือไม่

บัตรประกันสุขภาพมีอายุการใช้งานเป็นเวลานานมาก แม้จะเปลี่ยนสถานที่ ทำงานก็ไม่ต้องเปลี่ยนบัตรใหม่ กรุณาเก็บบัตรประกันสุขภาพอย่าง เหมาะสม

## หากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหาย หรือเปลี่ยนชื่อ เปลี่ยนรูปถ่ายควรทำอย่างไร

### 1. ยื่นขอรับ ณ สถานที่ดำเนินการ

หากไปทำเรื่องด้วยตนเอง กรุณานำบัตรประจำตัวประชาชน รูปถ่าย 2 นิ้ว 1 ใบ และเงินค่าธรรมเนียม 200 เหรียญไต้หวัน ไปติดต่อทำ เรื่องที่ฝ่ายธุรการและสำนักงานติดต่อกรมประกันสุขภาพทุกเขต หาก มอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐาน ประจำตัวของผู้นั้นขอและผู้ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์ เพื่อตรวจสอบด้วย

## สถานที่ยื่นขอรับบัตรประกันสุขภาพ

จุดบริการ	ที่อยู่	โทรศัพท์
สำนักงานใหญ่	B1, No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Da-an Dist., Taipei City (8:30-12:30, 13:30-17:30)	(02)2706-5866
ฝ่ายธุรการ ไทเป	5F, No. 15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City No. 7, Sec. 1, Zhongshan N. Rd., Zhongshan Dist., Taipei City. No. 11, Zhanqian N. Rd., Luodong Township, Yilan County	(02)2191-2006
ฝ่ายธุรการ เขตเหนือ	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Jhongli Dist., Taoyuan City No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan Dist., Taoyuan City	(03)433-9111
ฝ่ายธุรการ เขตกลาง	No. 66, Xizheng N. 1 <sup>st</sup> Rd., Xitun Dist., Taichung City	(04)2258-3988
ฝ่ายธุรการ เขตใต้	No. 96 Gongyuan Rd., Zhongxi Dist., Tainan City No. 395, Zhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County	(06)224-5678
ฝ่ายธุรการ เขตเกาะสอง มิงตง	No. 157, Jiouru 2 <sup>nd</sup> Rd., Sanmin Dist., Kaohsiung City No. 259, Zhongzheng 4th Rd., Qianjin Dist., Kaohsiung City No. 63-40, Xiwenao, Xiwen Dist., Magong City, Penghu County No. 1518 Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County	(07)323-3123
ฝ่ายธุรการ เขตตะวันออก	No. 36 Shuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County	(03)833-2111

หมายเหตุ: นับแต่ปีพ.ศ. 2559 เป็นต้นไป กรมประกันสุขภาพจะเปิดรับ  
เรื่องบัตรประกันสุขภาพในสำนักงานติดต่อทุกเขต  
เวลาที่เปิดดำเนินการ  
กรุณาตรวจสอบได้จากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ



## 2. ไปรษณีย์รับเรื่องแทน

กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ติดรูปถ่าย 2 นิ้วด้านหน้าและติดสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนด้านหลังแบบคำร้องขอ พร้อมจ่ายค่าธรรมเนียม 200 เหรียญไต้หวันมอบให้กับพนักงานบริการเคาน์เตอร์ จะได้รับบัตรใหม่หลังยื่นขอภายใน 7 วันทำการ สามารถขอ “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ได้จากที่ทำการไปรษณีย์หรือดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ ที่อยู่ และเวลาทำการของไปรษณีย์เขตต่างๆ กรุณาดูได้จากเว็บไซต์การไปรษณีย์จงฮวา <http://www.post.gov.tw>

## 3. ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ต

ผู้ที่ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ต (เฉพาะขอบัตรใหม่เนื่องจากบัตรประกันสุขภาพชำรุด สูญหายหรือเปลี่ยนรูปถ่าย) กรุณาไปทำเรื่องผ่านช่องทางต่อไปนี้:

ช่องทางในการยื่นเรื่อง	ช่องทางบริการผ่านอินเทอร์เน็ตโดยที่สำนักงาน	งานบริการผ่านอินเทอร์เน็ต ข้อมูลประกันสุขภาพส่วนบุคคล	เว็บไซต์ E.SUN Commercial Bank
เว็บไซต์	<a href="https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/login.aspx">https://eservice.nhi.gov.tw/nhiweb1/system/login.aspx</a>	<a href="https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx">https://eservice.nhi.gov.tw/Personal1/System/Login.aspx</a>	<a href="https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/">https://netbank.esunbank.com.tw/nhi/</a>
ผู้ใช้งาน	หลักฐานของหน่วยงานและหลักฐานแสดงตน อิเล็กทรอนิกส์ของผู้ได้รับมอบหมาย	หลักฐานแสดงตน อิเล็กทรอนิกส์ หรือบัตรประกันสุขภาพ	บัตรเอทีเอ็มแผ่นไมโครชิป E.SUN Commercial Bank
ผู้ยื่นเรื่อง	ผู้ประกันตนทั้งหมดที่อยู่ระหว่างรวมประกันกับหน่วยงาน	ผู้หลักฐานแสดงตน อิเล็กทรอนิกส์หรือผู้ถือบัตรประกันสุขภาพและสมาชิกในครอบครัว	เจ้าของผู้ถือบัตรเอทีเอ็มแผ่นไมโครชิป

หมายเหตุ: ยื่นเรื่องผ่านอินเทอร์เน็ตสามารถใช้อินเทอร์เน็ต ATM โอน

เงินโดยตรงหรือดาวน์โหลดใบชำระเงินและจ่ายค่าดำเนินการให้กับร้านสะดวกซื้อหรือสถาบันการเงิน ค่าธรรมเนียมที่เกี่ยวข้องและคู่มือการใช้งานยื่นเรื่องประกันสุขภาพผ่านอินเทอร์เน็ต กรุณาตรวจสอบได้จากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ [www.nhi.gov.tw](http://www.nhi.gov.tw) ยื่นเรื่องบัตรประกันสุขภาพและตรวจสอบ

## 4.หน่วยงานทะเบียนราษฎรรับเรื่องแทน

หากประชาชนทำบัตรประจำตัวประชาชนหาย เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (หมายเลขบัตรประชาชน ชื่อนามสกุลและวันเดือนปีเกิด) สามารถยื่นเรื่องขอทำบัตรประกันสุขภาพไปพร้อมกันกับการยื่นขอทำบัตรประชาชนได้ที่สำนักงานทะเบียนราษฎรทุกเขต ประชาชนเพียงแต่ระบุว่า จะทำการยื่นขอบัตรประกันสุขภาพพร้อมกัน พร้อมนำใบชำระเงินทำการชำระเงินแล้ว ภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพ แต่ประชาชนที่ยังไม่ได้รับบัตรประจำตัวประชาชน สามารถยื่นขอบัตรประกันสุขภาพแบบไม่ติดรูปถ่ายได้เท่านั้น

## 5.ยื่นขอยังที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต)

หากบัตรประกันสุขภาพสูญหายหรือชำรุด ประชาชนสามารถไปทำการยื่นขอยังที่ว่าการทองที่ใกล้บ้านได้ ผู้ยื่นขอนำบัตรประจำตัวประชาชนแผ่นซีดีรูปถ่ายไปยื่นเรื่องต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์ที่ว่าการตำบล (อำเภอ เมือง เขต) พร้อมนำใบชำระเงินทำการชำระเงินแล้ว ภายในประมาณ 7 วันทำการก็จะได้รับบัตรประกันสุขภาพ หากเป็นผู้รับหากมอบให้ผู้อื่นมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการให้แสดงหลักฐานประจำตัวของผู้นับขอมและผู้ที่ทำการแทนต่อเจ้าหน้าที่เคาน์เตอร์เพื่อตรวจสอบด้วย

## บัตรประกันสุขภาพภายนอกปกติไม่เสียหายคดงอ แต่ไม่สามารถใช้ได้ควรจัดการอย่างไร

1. ตรวจสอบแผ่นไมโครชิปของบัตรทั้งด้านหน้าและด้านหลังมีสนิม รอยขีดหลุดหลวมหรือปูดขึ้นหรือไม่ กรุณาเขียน “แบบคำร้องขอมีบัตรประกันสุขภาพ” ระบุสาเหตุอื่นๆ: สถานพยาบาลไม่สามารถอ่านข้อมูลบัตร (บัตรไม่ชำรุด) ทำการยื่นเปลี่ยนบัตรใหม่
2. นอกจากนี้ต้องแนบสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนและรูปถ่าย 2 นิ้วพร้อมทั้งบัตรเก่า ทำการส่งคืนให้กับกรมประกันสุขภาพทางไปรษณีย์ หรือนำบัตรประจำตัวประชาชนไปดำเนินการด้วยตนเองยังฝ่ายธุรการ และสำนักงานติดต่อกรมประกันสุขภาพทุกเขต



3. หากมอบให้ผู้แทนมาติดต่อทำเรื่อง ณ สถานที่ดำเนินการ ให้แสดงหลักฐานประจำตัวของผู้นับถือและผู้ทำการแทนด้วย (เด็กอายุต่ำกว่า 14 ปีที่ยังไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน ให้ใช้ทะเบียนบ้านแทน)

### ข้อควรระวัง

1. การเปลี่ยนบัตรใหม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม 200 เหรียญได้วันเมื่อได้บัตรใหม่ บัตรเก่าจะถูกยกเลิกโดยอัตโนมัติ ไม่สามารถใช้ได้ต่อไป
2. เมื่อขอบัตรใหม่ ท่านสามารถเลือกบัตรใหม่ติดรูปหรือไม่ก็ได้ หาก เลือกติดรูป ให้ติดรูปถ่ายหน้าตรงครึ่งตัว ไม่สวมหมวก ไม่ใส่แว่นตา แบบเลนส์สี ขนาด 2 นิ้ว 1 ใบ บน "แบบคำร้องขอมีบัตรประกัน สุขภาพ" สำหรับบัตรที่ไม่ติดรูป เมื่อไปรับการรักษายาบาล จะต้อง แสดงเอกสารหลักฐานประจำตัวให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบ
3. ในระหว่างที่รอรับบัตรที่ขอใหม่ หากมีเหตุจำเป็นต้องรับการรักษา ยาบาลด่วน ท่านสามารถนำหลักฐานการจ่ายค่าธรรมเนียมเพื่อ ขอมีบัตรใหม่ที่มีอายุไม่เกิน 14 วัน (เช่นใบรับในกรณีขอบัตรใหม่) ไป ที่สถานพยาบาลเขียน "รายชื่อผู้รับการรักษายาบาล ในกรณีพิเศษ" ก็สามารถรับการรักษายาบาล ในฐานะผู้ประกันสุขภาพได้



# บทที่ 9

## สิทธิการรักษาพยาบาลของคนไข้โรคเจ็บป่วยพิเศษ

### คนไข้โรคเรื้อรัง (ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง)

เมื่อท่านผ่านการตรวจและรับรองจากแพทย์ว่าเป็นโรคเรื้อรังตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุขและอาการโรคคงที่ เพียงกินยาก็ควบคุมอาการได้ แพทย์ก็จะออก“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”ให้แก่ท่าน ซึ่งช่วยให้ท่านประหยัดค่ารักษาพยาบาล ประชาชนสามารถเข้าไปตรวจสอบขอข้ายโรคเรื้อรังได้ในเว็บไซต์ ของกรมประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> ประชาชนทั่วไป/บริการการรักษาประกันสุขภาพ/ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง

กำหนดเวลาการใช้ของ“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”เริ่มนับตั้งแต่วันที่ออกใบสั่งยาให้ สูงสุดไม่เกิน 90 วัน ปกติจะแบ่งรับยาเป็น 3 ครั้งรับได้สูงสุด 30 วันต่อครั้ง การรับยาแต่ละครั้งโรงพยาบาล คลินิกหรือร้านยาต้องตรวจสอบบัตรประกันสุขภาพของท่าน แต่จะไม่นับสะสมจำนวนครั้งที่รักษา เพียงแต่จะบันทึกการเบิกจ่ายยาของท่านตาม“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” เท่านั้น หากรับยาแต่ละครั้งมากกว่า 28 วัน ยังไม่ต้องจ่ายเงินค้ายาที่ต้องรับภาระเองอีกด้วย

คนไข้โรคเรื้อรังที่ต้องทานยาเป็นเวลานาน ในกรณีเคลื่อนไหวน้อยไม่สะดวก (มีแพทย์รับรองหรือผู้รับมอบฉันทะแสดงใบแสดงความ



ยินยอม) หรือไปออกทะเลเนื่องจากประกอบอาชีพประมงหรือทำงานบริษัทเดินเรือเส้นทางระหว่างประเทศ (มีแพทย์รับรองหรือผู้รับมอบฉันทะ แสดงใบแสดงความยินยอม) หรือผ่านการรับรองจากกรมประกันสุขภาพว่าเป็นลักษณะพิเศษ (เช่นผู้ป่วยโรคจิตลักษณะโรโรค) ซึ่งไม่สามารถไปพบแพทย์ด้วยตนเอง และรับยาตำรับเดิมเท่านั้น ให้มอบหมายผู้อื่นไปแทน และบอกอาการโรคให้แพทย์ทราบ แพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยตามความรู้เฉพาะทาง เมื่อแพทย์เชื่อว่าสามารถติดตามอาการโรคได้ จึงจะออกยาตำรับเดิมให้ต่อ

“ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” สามารถประหยัดค่ารักษาพยาบาลได้ไม่น้อย แต่ท่านเหมาะที่จะใช้ “ใบสั่งยาทั่วไป” หรือ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” แพทย์เป็นผู้วินิจฉัย แม้ว่าท่านอาจเป็นโรคเรื้อรังตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข แต่อาการป่วยยังไม่คงที่ จำเป็นต้องกลับไปหาแพทย์บ่อยๆ จึงไม่เหมาะที่จะใช้ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”

### ข้อควรระวังในการใช้ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง

1. เพื่อป้องกันปัญหาการทานยาไม่ต่อเนื่อง ท่านจะต้องไปรับยาใหม่ภายใน 10 วันก่อนที่ยาจะหมด ยกเว้นช่วงเทศกาลตรุษจีน ซึ่งเป็นวันหยุดยาว และเนื่องจากยึดหลักการทานยาอย่างต่อเนื่อง จึงจะอนุมัติให้ท่านไปรับยาก่อนเวลาได้
2. คือ “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” ไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมที่ทำการรักษา หรือร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ หากในท้องที่นั้นไม่มีร้านยาที่ทำสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และไม่สามารถไปรับยาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิมได้ ท่านสามารถไปรับยาจากโรงพยาบาลอื่น หรือสาธารณสุขท้องที่ได้
3. กรณีท่านวางแผนเดินทางไปต่างประเทศ (กำหนดเกิน 2 เดือน) กลับภูมิลำเนาเกาะรอบนอก หรือเป็นลูกเรือประมงจับปลาทะเลหรือลูกเรือเดินเรือเส้นทางระหว่างประเทศ หรือเป็นคนใช้ที่ป่วย

เป็นโรคที่พบได้น้อย เพียงแสดงหลักฐานที่เกี่ยวข้องหรือใบแสดง  
ความยินยอมในเวลารับยา ก็สามารถรับยาตามใบสั่งยาต่อเนื่อง  
ได้ทั้งหมดในครั้งเดียว โดยจำกัดไม่เกิน 90 วันต่อครั้ง

#### 4. ในระหว่างที่ท่านทานยาตาม “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง”

หากพบว่ามีอาการไม่สบาย ให้รีบกลับไปปรึกษาแพทย์ที่คลินิก  
หรือโรงพยาบาลเดิม โดยต้องนำใบสั่งยาเดิมไปปรึกษาแพทย์  
ของท่าน จำไว้ว่าท่านต้องแจ้งการใช้ยาตามใบสั่งยาเดิมให้แพทย์ทราบ  
จึงจะไม่เกิดกรณีการจัดยาซ้ำโดยแพทย์ไม่รู้ตัว ซึ่งจะมีผลต่อความปลอดภัย  
ในการใช้ยาของท่าน

#### 5. หากท่านยังเอื้อมหา “ใบสั่งยาต่อเนื่องสำหรับโรคเรื้อรัง” สูญหาย

ให้กลับไปปรึกษาที่คลินิกหรือโรงพยาบาลเดิม ยาที่เบิกแล้ว  
หากทำการเบิกใช้ยาซ้ำอีก ต้องรับภาระจ่ายค่ายาเอง

## ผู้ป่วยโรคร้ายแรง

หากท่านเป็นโรคที่แพทย์วินิจฉัยว่าเข้าข่ายตามประกาศ รายการโรคร้ายแรง  
ของกระทรวงสาธารณสุข ท่าน สามารถเตรียมหลักฐานที่เกี่ยวข้องยื่นคำร้องได้  
เมื่อผ่านการพิจารณา ก็จะ ได้รับรองผู้ป่วยโรคร้ายแรง ขอมูลใบรับรองจะถูกเก็บบันทึก  
ไว้ในบัตรประกันสุขภาพ คนไข้สามารถไปขอรับการรักษาที่สถานพยาบาล  
ตราบเทาที่ใบรับรองผู้ป่วยโรคร้ายแรงมีอายุ หากเป็นโรคที่ระบุไว้ใน ใบรับรองผู้ป่วย  
โรคร้ายแรง หรือแพทย์ผู้รักษาวินิจฉัยแล้วเห็นว่า เป็นการรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคร้ายแรงนั้น  
จะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่าย ในส่วนที่ต้องจ่ายเองเมื่อไปตรวจรักษาผู้ป่วยนอก  
หรือเมื่อพักรักษาตัว ในโรงพยาบาล

สำหรับโรคนอกเหนือจากโรคร้ายแรงคนไข้จะต้องรับการรักษาดตาม  
ขั้นตอนปกติและรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนที่ต้องจ่ายเอง

เกี่ยวกับขอบเขตของโรคร้ายแรง ให้ดูจากเว็บไซต์ของสำนักงาน  
ประกันสุขภาพแห่งชาติ <http://www.nhi.gov.tw/>



## ผู้เจ็บป่วยจากการทำงาน

นอกเหนือจากประกันสุขภาพแล้ว ถ้าในขณะเดียวกันท่านยังได้เข้าร่วมประกันภัยแรงงาน เมื่อท่านเจ็บป่วยจากการทำงานและไปรับการรักษาที่คลินิกในเครือประกันสังคมหรือโรงพยาบาล นอกจากท่านจะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองแล้ว ทางสำนักงานประกันภัยแรงงานจะเป็นผู้รับภาระค่าใช้จ่ายค่าอาหารกึ่งหนึ่งขณะที่ท่านพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลภายใน 30 วัน

### คำนิยามของการเจ็บป่วยจากการทำงาน

1. บาดเจ็บขณะปฏิบัติหน้าที่
2. บ่อยเป็นโรคจากการทำงานตามขอบข่ายที่สำนักงานประกันภัยแรงงานระบุ จากตารางชนิดของโรคที่เกิดจากการทำงานและการประกาศเพิ่มเติม
3. บาดเจ็บจากอุบัติเหตุขณะจะไปหรือกลับจากทำงาน แต่ต้องตรวจสอบว่าเป็นช่วงเวลาทำงานหรือเลิกงาน และเป็นจุดที่จำเป็นต้องผ่านเพื่อไปทำงานจริง รวมทั้งไม่ได้ฝ่าฝืนกฎจราจรที่สำคัญ

หมายเหตุ: 1. เมื่อเกิดเหตุบาดเจ็บจากการทำงาน จะต้องเป็นไปตาม “ระเบียบการพิจารณาผู้ประกันตนประกันภัยแรงงานที่บาดเจ็บจากการทำงาน” ที่กำหนด  
2. จุดที่จำเป็นต้องผ่าน คือ เส้นทางระหว่างที่พักอาศัยและสถานที่ทำงาน ที่ต้องผ่านเพื่อไปหรือกลับจากการทำงาน

### เอกสารที่ใช้ในการรักษาพยาบาล

1. หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (แบบคำร้องเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน หรือแบบคำร้องเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน)
2. บัตรประกันสุขภาพ

หมายเหตุ: 1. “หนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” สามารถดาวน์โหลดได้สามารถดาวน์โหลดได้

จากเว็บไซต์กรมประกันภัยแรงงานหรือขอได้จาก  
สำนักงานทำการเขตต่างๆ พร้อมให้หน่วยงาน  
ต้นสังกัดทำประกันประทับตราแล้วจึงสามารถใช้  
ในการรักษาได้ กรุณาดูได้จากเว็บไซต์กรมประกันภัย  
แรงงาน <http://www.bli.gov.tw>

- 2"แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับประกันภัย  
แรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ใบเดียวกัน จำกัด  
ให้ใช้ได้กับคลินิกหรือโรงพยาบาลแห่งเดียวกันและ  
รักษาโรคเดียวกันเท่านั้น หนึ่งใบใช้ได้ 6 ครั้ง
- 3.ผู้ที่ไม่มี "แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกสำหรับ  
ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ไปขอรับ  
การรักษาแผนกผู้ป่วยนอก หากเป็นแพทย์หรือโร  
พยาบาลศูนย์กลางแพทย์ระดับเขตขึ้นไปที่มีคุณสมบัติ  
ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ตรวจสอบแล้ว  
เป็นผู้ป่วยที่เจ็บป่วยจากการทำงานจริง ก็ไม่ต้องรับการ  
ค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองเช่นกัน

**เมื่อไปรับการรักษาไม่ได้ นำ "หนังสือทางการแพทย์ในการ  
รักษาผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ติดตัว  
ไป และได้จ่ายค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเองไปแล้ว  
จะ ทำอย่างไร**

- 1.นับจากวันรับการรักษาผู้ป่วยนอกภายใน 10 วัน (ไม่รวมวันหยุด)  
หรือก่อนออกจากโรงพยาบาล ให้ยื่น "หนังสือทางการแพทย์ในการรักษา  
ผู้ประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน" ต่อคลินิกหรือ  
โรงพยาบาลที่ไปรักษาพยาบาลแล้ว คลินิกหรือโรงพยาบาลก็จะคืนเงิน  
ส่วนที่จ่ายเองไปแล้วให้กับท่าน
- 2.นับจากวันรับการรักษาที่ผู้ป่วยนอกภายใน 10 วันหรือก่อนออกจากโร  
พยาบาล ไม่สามารถยื่นหนังสือทางการแพทย์ในการรักษาผู้ประกันภัย  
แรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงานย้อนหลังได้ และได้ทำการสำรองจ่าย



## บทที่ 6

ค่ารักษาพยาบาลส่วนที่จ่ายเอง ภายใน 6 เดือน (วันที่ 21 ธ.ค. 2555 เป็นต้นไป) ผู้ที่มีเหตุผลพิเศษกำหนดภายใน 5 ปี) นับจากวันรับการรักษา ผู้ป่วยนอก (หรือวันออกจากโรงพยาบาล) สามารถนำเอกสารดังต่อไปนี้ส่งทางไปรษณีย์ไปยังกรมประกันภัยแรงงาน:

- (1) แบบคำร้องขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง สำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
- (2) แบบรักษาพยาบาลผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยในโรงพยาบาลสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน (ตามที่กล่าวมา ผู้ที่แบบคำร้องขอคืนที่หน่วยงานต้นสังกัดทำประกันประทับใจตรารับรองแล้วไม่จำเป็นต้องแนบ)
- (3) ใบเสร็จค่ารักษาพยาบาลฉบับจริงพร้อมรายละเอียด ผู้ที่ใบเสร็จฉบับจริงและรายละเอียดสูญหายหรือใช้ไปเพื่อการอื่น ต้องแสดงฉบับสำเนาที่ออกให้พร้อมทั้งประทับตราโดยสถานพยาบาล และประทับคำแสดงว่าเหมือนต้นฉบับจริงด้วย
- (4) ใบรับรองแพทย์หรือใบรับรอง

“แบบคำร้องขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน” ขอได้ที่กรมประกันภัยแรงงานและสำนักงานทำการทุกสาขา หรือดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของกรมประกันภัยแรงงาน:

1. เว็บไซต์ของกรมประกันภัยแรงงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> แรงงานบาดเจ็บจากการทำงาน/จ่ายชดเชยรักษาพยาบาลเจ็บป่วยจากการทำงาน/ตัวอย่างและดาวน์โหลดใบคำร้อง/แบบคำร้องขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองสำหรับประกันภัยแรงงานที่เจ็บป่วยจากการทำงาน
2. ที่อยู่กรมประกันภัยแรงงาน เลขที่ : No.4, Sec. 1, Roosevelt Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City 10013, Taiwan (R.O.C.) โทรศัพท์: (02)2396-1266

## ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อย

โรคที่พบได้น้อยถือว่าอยู่ในขอบข่ายรายการของโรคร้ายแรง หลังจากแพทย์ตรวจสอบยืนยันและรายงานตามขั้นตอนไปยังกรมสุขภาพแห่งชาติแล้ว สามารถยื่นขออนุมัติบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง การรักษาที่เกี่ยวข้องกับโรคดังกล่าว จะไม่ต้องรับภาระในส่วนที่ต้องจ่ายเอง สำหรับยากำพร้าหรือยารักษาโรคที่พบได้น้อยนั้น ประกันสุขภาพจะจ่ายให้แบบ “รายการณี” เพื่อให้ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อยได้รับการรักษาตามความเหมาะสม

ผู้ป่วยเป็นโรคที่พบได้น้อยสามารถไปรับการรักษาที่สถานพยาบาลที่มีสัญญากับสำนักงานประกันสุขภาพ แพทย์จะดำเนินการจ่ายยาตามอาการวินิจฉัย ซึ่งจะเป็นไปตามระเบียบการจ่ายยาที่เกี่ยวข้อง

หากยาที่จำเป็นเป็นยาที่ยังไม่ได้รับอนุญาตและกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ อนุมัติให้นำเขาเป็นกรณีพิเศษ (หรือผลิต) และได้จัดเป็นยาตาม “กฎหมายป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการไชยา” จะต้องผ่านการพิจารณาไชเป็นกรณีของสำนักงานประกันสุขภาพ สำหรับขั้นตอนการยื่นคำร้องที่เกี่ยวข้อง สามารถดูได้ที่เว็บไซต์สำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> ดาวนโหลด /รายการยาที่ใช้ใน ไฟล์ “การไชยาในรายการที่เหมาะสมตามกำหนด “กฎหมายการป้องกันโรคที่พบได้น้อยและการไชยา” ของประกันสุขภาพ”



# บทที่ 10

## มาตรการช่วยเหลือประชาชนที่มีความลำบากในการรักษาพยาบาล

### รัฐบาลอุดหนุนเบี้ยประกันแก่ประชาชนผู้ด้อยโอกาส

มีประชาชนบางส่วนสามารถได้รับเงินอุดหนุนค่าประกันสุขภาพจากรัฐบาล ผู้มีคุณสมบัติเหมาะสมรับการอุดหนุนแตกต่างกันดังนี้:

#### 1. ผู้ที่ได้รับการอุดหนุนเต็มอัตรา

- (1) ครอบครัวที่มีรายได้น้อย
- (2) เด็กและเยาวชนอายุไม่ถึง 18 ปีบริบูรณ์ในครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลาง
- (3) ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไปครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลาง
- (4) ใช้สถานะ "ประชากรในท้องที่" ที่เข้าร่วมประกันกับเทศบาลเมือง อำเภอ ตำบล (ผู้ว่างงาน) และเป็นชนพื้นเมืองที่มีอายุครบ 55 ปีขึ้นไป และอายุไม่ถึง 20 ปีบริบูรณ์
- (5) ชนพื้นเมืองที่มีทะเบียนบ้านที่เกาะหลันอวี และใช้สถานะ "ประชากรในท้องที่" (หมายถึงผู้ว่างงาน) หรือ "สมาชิกสมาคมวิชาชีพ สหกรณ์ เกษตร สหกรณ์ประมง" หรือ "สมาชิกครอบครัว" เข้าร่วมประกัน
- (6) ผู้พิการระดับรุนแรงหรือรุนแรงมาก
- (7) ผู้เข้าร่วมประกันที่ว่างงานหรือสมาชิกครอบครัวของผู้ว่างงาน (ผู้รับ

การช่วยเหลือจำกัดเป็นผู้เข้าร่วมประกันในสถานะประชากรในท้องที่ ภายใต้ประเภทที่ 6 ข้อที่ 2 และสมาชิกครอบครัวผู้เข้าร่วมประกัน ประเภทที่ 1, ที่ 2 และที่ 3) การอุดหนุนเบี้ยประกันในระหว่างรับเงิน ชดเชยการว่างงานหรือรับเงินค่าครองชีพในระหว่างฝึกอบรมอาชีพ

- (8) ผู้พิการระดับต่ำ ปานกลางอายุครบ 65 ปีที่มีทะเบียนบ้านในไถหนัน
- (9) ชนพื้นเมืองที่มีทะเบียนบ้านในเมืองไทเป (อายุ 20 ปีบริบูรณ์แต่ไม่ถึง 55 ปี มีทะเบียนบ้านและอาศัยอยู่จริงในไทเป 6 เดือนขึ้นไป เนื่องจากว่างงานโดยไม่สมัครใจ เศรษฐกิจครอบครัวอยู่ในสภาพลำบากหรือสภาพพิเศษที่คล้ายกัน ประกันสุขภาพถูกระงับซึ่งคณะกรรมการกิจการชนพื้นเมืองไทเป ได้พิจารณาเห็นชอบแล้ว ทั้งนี้การอุดหนุนเบี้ยประกันสูงสุด 3 เดือน/คน/ปี)
- (10) ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี มีทะเบียนบ้านอยู่ในเขตเกาะรอบนอกครบ 1 ปี

## 2. ผู้ที่ได้รับการอุดหนุน 1/2 หรือครึ่งหนึ่ง

- (1) ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลาง ตามที่กำหนดในกฎหมายสังคมสงเคราะห์
- (2) ผู้พิการระดับปานกลาง

## 3. ผู้ที่ได้รับการอุดหนุน 1/4 (20%): ผู้พิการระดับต่ำ

### 4. ตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2559

**เพดานการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันสำหรับประชากรในท้องที่ปัจจุบันคือ 749 เหรียญไต้หวัน**

- (1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเป นครเกาหยวนหรือนครเกาสงครบ 1 ปี (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%) นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปีที่มีทะเบียนบ้านในนครเกาสงครบ 1 ปีและเสียภาษีในอัตรา 20% เพดานการอุดหนุนในปัจจุบันคือ 659 เหรียญไต้หวัน
- (2) ชนเผ่าพื้นเมืองอายุ 55 ปีขึ้นไปที่มีทะเบียนบ้านในกรุงไทเป นครเกาหยวนครบ 1 ปี (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%)



- (3) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ถึง 69 ปีที่มีรายได้น้อยและปานกลาง มีทะเบียนบ้านในนครนิวยอร์ก เมืองซินจู๋ เขตซินจู๋ นครไถจง เขตจิ้งฮั่ว เขตหยุนหลิน เมืองเจียอี้ นครไถหนัน เขตอิ๋นหลัน เขตไถตง หรือเขตฮั่วเหลียนครบ 1 ปี
- (4) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 100 ปีในนครเกาหยวน
- (5) ชาวบ้านที่มีทะเบียนบ้านในเขตอันหนัน (มีทะเบียนบ้านในเสียนกง หลูเอ๋อ ชื่อเก่าก่อนวันที่ 30 มิถุนายน พ.ศ. 2548) ที่ได้รับผลกระทบจากมลภาวะการปิโตรเลียมแห่งไต้หวัน (CPDC) และพนักงานบัญชีรายชื่อที่กระทรวงเศรษฐกิจทำขึ้นมา
- (6) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีหรือชนพื้นเมืองที่มีอายุ 55 ปี (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 5%) มีทะเบียนบ้านในนครไถจงครบ 1 ปี
- (7) ผู้พิการระดับน้อย ระดับปานกลาง (เสียภาษีในอัตราไม่ถึง 20%) ที่มีทะเบียนบ้านในนครเกาสงครบ 1 ปีขึ้นไป
- (8) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปหรือชนพื้นเมืองที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป มีทะเบียนบ้านในเมืองจีหลงครบ 3 ปี
- (9) เด็กอายุต่ำกว่า 6 ปีและผู้ป่วยโรคมะเร็งในเขตเผิงหู

บุคคลที่ได้รับการอุดหนุนตามประเภทต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ไม่จำเป็นต้องยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพด้วยตนเอง ทางสำนักงานประกันสุขภาพจะขอข้อมูลที่ได้จากหน่วยงานในการอุดหนุน ทำการลดค่าเบี้ยประกันโดยตรง กรณีผู้ที่มีคุณสมบัติรับการอุดหนุน แต่มีข้อสงสัยว่าไม่ได้รับการอุดหนุนเบี้ยประกัน กรุณาสอบถามได้จากหน่วยงานการอุดหนุนที่เกี่ยวข้อง สำหรับรายการบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐบาลแต่ละระดับที่จัดการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันแก่ผู้ประกันตน สามารถดูได้ที่เว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> ประชาชนทั่วไป มาตรการช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ/ตารางรายการบุคคลที่เกี่ยวข้องกับหน่วยงานรัฐบาลแต่ละระดับที่จัดการอุดหนุนค่าเบี้ยประกันแก่ผู้ประกันตน

## กรณีท่านไม่มีเงินจ่ายเบี้ยประกันหรือส่วนที่ต้องจ่ายเองอย่างกะทันหัน

หากท่านไม่สามารถจ่ายเบี้ยประกันสุขภาพหรือค่ารักษาพยาบาลส่วนที่ต้องจ่ายเองเพราะเกิดเหตุที่ไม่ได้คาดคิดปัจจุบันทางสำนักงานประกันสุขภาพมีมาตรการช่วยเหลือแก้ปัญหาให้ท่านดังนี้

### 1. เงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ

- (1) เงื่อนไขการสมัคร ต้องมีคุณสมบัติตาม "มาตรฐานตัดสินผู้ประกันสุขภาพประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ" ตามที่เทศบาลเมือง อำเภอ ตำบลที่ตนเองมีทะเบียนบ้านอยู่กำหนด
- (2) วิธีการสมัคร: นำบัตรประจำตัวประชาชน และตราประทับของผู้ที่ค้างชำระเบี้ย (หากไม่สามารถทำเรื่องด้วยตนเอง จำเป็นต้องตรวจสอบบัตรประชาชนและตราประทับของผู้ทำการแทนด้วย ซึ่งผู้ทำการแทนต้องบรรลุนิติภาวะ) และเอกสารยืนยันคุณสมบัติตาม "มาตรฐานตัดสินผู้ประกันสุขภาพประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ" (รวมทะเบียนบ้านทั้งเล่มของผู้ค้างชำระ คุณสมบัติผู้มีปัญหาทางเศรษฐกิจ หลักฐานรายได้ปีที่ผ่านมาและหลักฐานทางทรัพย์สิน) สำหรับผู้ยื่นขอเงิน ที่ใช้ประกันสุขภาพและต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง จะต้องแสดงใบแจ้งชำระเงินที่ออกโดยสถานพยาบาลพร้อมกันด้วย ทำการยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่างๆ เมื่อคำร้องผ่าน ให้ชำระเงินคืนเป็นงวดตามข้อกำหนดในคำร้องกู้เงิน

### 2. แนะนำให้องค์กรการกุศลสาธารณะลดหนี้เบี้ยประกัน

- (1) เงื่อนไขการสมัคร เป็นผู้เข้าร่วมประกันในฐานะ "ประชากรในท้องที่" ของเทศบาลเมือง อำเภอ ตำบล และไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
- (2) วิธีการสมัคร นำสำเนาทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านหรือสำเนาทะเบียนบ้านฉบับคัดร์รับรองพร้อมทั้งใบรับรองผู้ยากไร้ที่ออกให้โดยผู้ใหญ่บ้าน (ผู้มีความเป็นอยู่ลำบากและแพทย์ได้รับรองว่าป่วยทำงานไม่ได้ต้องมีใบรับรองแพทย์มาด้วย) ยื่นคำร้องต่อสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่างๆ เมื่อคำร้องผ่าน ก็จะได้รับลดหนี้เบี้ยประกันจาก



## องค์กรการกุศลสาธารณะ

### 3.ผ่อนจ่ายเบี้ยประกัน

#### (1)เงื่อนไขการสมัคร

ผู้ขาดคุณสมบัติขอเงินกู้จากกองทุนช่วยเหลือ แต่ค้างจ่ายเบี้ยประกัน (รวมค่าปรับ) 2,000 เหรียญต่อวันขึ้นไป ไม่สามารถชำระหมดได้ในครั้งเดียวเพราะฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ต้องชี้แจงเหตุผลโดยแสดงหลักฐานไม่สามารถชำระเบี้ยประกันหมดได้ในครั้งเดียวได้ ที่ออกให้โดยกำนันหรือผู้ใหญ่บ้านในเขตที่อาศัยอยู่หรือหลักฐานเงินเดือนรายได้ หลังผ่านการพิจารณาอนุมัติจากสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่าง ๆ ให้ทำการผ่อนชำระเป็นรายงวด

เบี้ยประกันสุขภาพของผู้เข้าร่วมประกัน ที่ได้ถูกส่งให้กรมบังคับคดีแล้ว ให้ทำการผ่อนชำระเป็นงวดตามคำสั่งของฝ่ายบังคับคดี

(2)วิธีการสมัคร: นำบัตรประจำตัวประชาชน ตราประทับ (หากไม่สามารถทำเรื่องด้วยตนเอง จำเป็นต้องตรวจสอบบัตรประชาชนและตราประทับของผู้ทำการแทน ซึ่งผู้ทำการแทนต้องบรรลุนิติภาวะ) ไปยื่นเรื่องยังสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นใกล้บ้าน พร้อมชำระเบี้ยประกันงวดแรกขณะยื่นขอ หากค้างชำระและได้ส่งกรมบังคับคดีในท้องถิ่นแล้ว การยื่นขอผ่อนชำระเป็นงวด ต้องได้รับการเห็นชอบจากหน่วยงานบังคับคดี (หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่าง ๆ กรุณาดูจากบทแนบท้าย)

#### เงื่อนไขและคุณสมบัติผู้ประสบปัญหาทางเศรษฐกิจ ประกอบด้วย

1. ครอบครัวที่มีรายได้น้อยและปานกลางตามกำหนดของกฎหมายสังคมสงเคราะห์ และมีหลักฐานที่ออกให้โดยสำนักงานตำบล (อำเภอ เมือง เขต)
  2. ผู้หาเลี้ยงชีพหลักของครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
- (1) ตายไม่ครบ 2 ปี

- (2) หายสาบสูญ 6 เดือนขึ้นไป และแจ้งความยังไม่ครบ 2 ปี
  - (3) มีใบรับรองผู้พิการ
  - (4) ทำงานไม่ได้เนื่องจากป่วยเป็นโรคร้ายแรงหรือป่วยด้วยโรคที่ต้องใช้เวลารักษาระยะยาว
  - (5) ตั้งครรภ์ 6 เดือนขึ้นไป หรือคลอดลูกภายใน 2 เดือน
  - (6) รับประทานอาหารหรือทหารบริการพลเรือน เวลาประจำการมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
  - (7) อยู่ระหว่างคุมขังในทัณฑสถาน กำหนดเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
  - (8) วางงานมากกว่า 6 เดือนขึ้นไป
3. สมาชิกครอบครัวเกิดเหตุอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ เป็นเหตุทำให้ไม่มีกำลังจ่ายเบี้ยประกัน
- (1) คู่สมรสหรือญาติทางสายเลือดป่วยด้วยโรคร้ายแรง
  - (2) ครอบครัวพ่อหรือแม่คนเดียว ต้องเสี่ยงอุปการะบุตรตามลำพัง
  - (3) ลูกและลูกสะใภ้ตายทั้งคู่หรือลูกสะใภ้แต่งงานใหม่ ต้องเสี่ยงอุปการะหลานที่ยังไม่บรรลุนิติภาวะตามลำพัง
- รายละเอียดท่านสามารถเข้าเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ  
<http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรสอบถามฟรีได้ที่ 0800-030-598

#### 4. มาตรการคุ้มครองด้านการรักษาพยาบาล

- (1) เงื่อนไขการสมัคร: ประชาชนที่ไม่มีความสามารถจ่ายเบี้ยประกันช่วงระหว่างที่ค้างเบี้ยประกัน หากแพทย์วินิจฉัยแล้วเห็นว่าต้องนอนโรงพยาบาล รักษาฉุกเฉินหรือป่วยหนักต้องรักษาแผนกผู้ป่วยนอก และเป็นผู้ที่ผู้ใหญ่นานหรือสถานพยาบาลออกไปรับรองว่าเป็นผู้ยากไร้ให้สามารถรับการรักษาในฐานะผู้ประกันสุขภาพได้เช่นเดียวกัน
- (2) วิธีการสมัคร: นำใบรับรองว่าเป็นผู้ยากไร้ไม่มีกำลังจ่ายค่าประกันสุขภาพที่ผู้ใหญ่นานออกให้ ยื่นขอต่อสถานพยาบาลที่ทำการรักษา หรือหลังจากสถานพยาบาลที่ทำการรักษาพิจารณาแล้วและออกไปรับรองว่าเป็นผู้ยากไร้ให้ ก็รับการรักษา



ในฐานะผู้ประกันสุขภาพตามควร สำหรับเบี้ยประกันที่ค้าง ให้ติดต่อสำนักงานประกันสุขภาพที่ต่างๆ ให้การช่วยเหลือต่อไป

## ห่วงใยผู้ด้อยโอกาส ปลดล็อกบัตรแบบเชิงรุก

นับแต่ระบบการประกันสุขภาพวันที่ 2 เริ่มดำเนินการเมื่อเดือนมกราคม พ.ศ. 2556 ทางกรมฯ ได้ยึดปฏิบัติตามกฎหมายประกันสุขภาพมาตรา 37 สำหรับผู้ที่มีกำลังทางเศรษฐกิจแต่ปฏิเสธจ่ายค่าประกันสุขภาพ ให้ยุติการจ่ายชดเชย (ล็อกบัตร) พร้อมทั้งให้การแนะแนวเพื่อจ่ายค่าประกันสุขภาพที่ค้างชำระโดยเร็ว ส่วนประชาชนที่ไม่มีกำลังจ่ายค่าประกันสุขภาพ จะใช้วิธีจัดการด้านค่าชำระและการรักษาพยาบาลแยกจากกัน ให้การจ่ายชดเชยการรักษาพยาบาลต่อเนื่องเพื่อรักษาสิทธิประโยชน์ของประกันสุขภาพที่ควรมี นอกจากนี้สำหรับผู้ที่แนะแนวทำการผ่อนชำระค่าประกัน หรือได้รับการอุดหนุนค่าประกันสุขภาพจากรัฐบาล หรืออยู่ในสถานการณ์พิเศษ (เช่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ผู้รับการช่วยเหลืออุดหนุนจากครอบครัวประสบภาวะพิเศษ สตรีมีครรภ์ เป็นต้น) จะไม่ทำการล็อกบัตร ส่วนผู้ที่มีกำลังจ่ายแต่ยังคงค้างชำระ ทางกรมฯ จะทำการแนะแนวจัดการการค้างชำระอย่างเข้มงวด หากผู้นั้นเป็นผู้ที่พบกับการเปลี่ยนแปลงทางครอบครัวและเศรษฐกิจอย่างกะทันหัน ก็จะทำให้การปลดล็อกบัตร เพื่อประกันสิทธิการรักษาพยาบาลโดยประกันสุขภาพ ให้ได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามความจำเป็น

## ช่วยลดภาระส่วนที่ต้องจ่ายเองของผู้ป่วยพิเศษ

1. สำหรับผู้ที่มี “ใบรับรองผู้พิการ” เมื่อขอรับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล ไม่ว่าจะโรงพยาบาลระดับไหนจะเก็บส่วนที่ต้องจ่ายเองเพียง 50 เหรียญไต้หวันเท่ากับคลินิก ซึ่งต่ำกว่าชาวบ้านทั่วไป (80-360 เหรียญไต้หวัน)
2. สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีใบรับรองว่าเป็นโรคร้ายแรง เช่น โรคมะเร็ง โรคประสาทเรื้อรัง โรคไต โรคที่พบได้บ่อยและโรคเป็นมาแต่กำเนิด เมื่อเข้ารับการ

รักษาโรคนั้นๆ จะไม่ต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องจ่ายเอง นอก  
จากนี้เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยโรคที่พบได้น้อย ยาที่ใช้กับโรคที่พบได้น้อย  
ตามประกาศของกระทรวงสาธารณสุข ทางสำนักงานฯ จะเป็นผู้รับผิดชอบ  
ขอทั้งหมด เท่ากับได้ช่วยบรรเทาภาระค่าใช้จ่ายได้อย่างแท้จริง

## เพิ่มขีดระดับรายได้ต่ำสุดที่ต้องจ่ายเบี้ยประกันเพิ่มเติม จากรายได้การทำงานปาร์ตไทม์ที่เก็บจากกลุ่มผู้ด้อย โอกาส

พิจารณาจากบุคคลบางกลุ่มที่มีเหตุสุดวิสัยต้องทำงานพิเศษหาราย  
ได้เสริม เพื่อเป็นการดูแลประชาชนผู้ด้อยโอกาส การเก็บเบี้ยประกันเพิ่ม  
เติมในระยะแรก (วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2556 ถึง 31 สิงหาคม พ.ศ. 2557)  
เด็กและเยาวชน ครอบครัวรายได้น้อยและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้  
น้อยและปานกลาง ผู้พิการที่รับค่าครองชีพอุดหนุนหรือผู้ที่เข  
าร่วมประกันภัยแรงงานในระดับฐานเงินเดือนที่ต่ำกว่าค่าแรงขั้นต่ำ  
ตามประกาศของกระทรวงแรงงาน นักเรียนหรือนักศึกษาที่ศึกษาอยู่  
ภายในประเทศและไม่ได้ทำงานเต็มเวลา และตรงกับคุณสมบัติผู้มีควม  
ลำบากทางเศรษฐกิจ กลุ่มบุคคลเหล่านี้ตามกำหนดของกฎหมาย  
ประกันสุขภาพมาตรา 100 ซึ่งกำหนดให้ผู้มีรายได้  
ที่ไม่ได้มาจากหน่วยงานต้นสังกัด (รายได้ทำงานพิเศษ) ที่รับต่อครั้งไม่เกิน  
จำนวนเงินรายได้ขั้นต่ำ ไม่จำเป็นต้องหักชำระเบี้ยประกันเพิ่มเติม

ผู้ที่เงินเดือนน้อยและยังต้องทำงานพิเศษเพื่อหารายได้เลี้ยงดู  
ครอบครัว พิจารณาจากภาระทางเศรษฐกิจที่หนัก กระทรวงสาธารณสุข  
จึงได้ทำการปรับปรุงเพิ่มมาตรฐานจำนวนรายได้ที่ไม่ใช่เงินเดือน  
จากหน่วยงานต้นสังกัด ที่ต้องหักจ่ายสมทบประกันสุขภาพเพิ่มเติม  
เป็นจำนวนเท่ากับรายได้ขั้นต่ำทั้งหมด โดยเริ่มมีผลบังคับใช้ตั้งแต  
วันที่ 1 กันยายน พ.ศ. 2557

นับแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา สมาชิกครอบครัวรายได  
น้อยและปานกลาง ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและปานกลาง เด็กและเยาวชน  
ผู้ด้อยโอกาสที่รับการอุดหนุนค่าครองชีพ ผู้พิการที่ได้รับการอุดหนุน



เงินสงเคราะห์ ผู้รับการอุดหนุนช่วยเหลือในครอบครัวประสบภาวะพิเศษ และผู้ที่มีฐานะยากจนตรงตามข้อกำหนดกฎหมายการประกันสุขภาพมาตรา 100 รายได้จากการประกอบธุรกิจ เงินได้จากเงินปันผล เงินได้จากดอกเบี้ยและรายได้จากค่าเช่า ยอดเงินที่จ่ายต่อครั้งไม่ถึงรายได้ค่าแรงขั้นต่ำตามประกาศของหน่วยงานแรงงานส่วนกลาง ไม่จำเป็นต้องหักเก็บเงินสมทบเพิ่มเติมประกันสุขภาพ

## โครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์

สำนักงานประกันสุขภาพได้จัดทำโครงการปรับปรุงพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ โดยส่งเสริมให้แพทย์แผนปัจจุบัน แผนจีนและทันตแพทย์ไปให้บริการประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ขาดแคลนทรัพยากรด้านการแพทย์ เพื่อเพิ่มความสะดวกในการรักษาพยาบาลแก่ประชาชนที่อยู่พื้นที่ห่างไกลมากขึ้น

เกี่ยวกับข้อมูลของสถานที่และช่วงเวลาที่มีบริการแก่พื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล ให้เขาไปดูเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/> หรือโทรศัพท์สอบถามได้ที่สำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่าง ๆ ถึงข้อมูลของสถานที่และช่วงเวลาที่มีบริการแก่พื้นที่ห่างไกลจากสถานพยาบาล และเลือกสถานที่ไกลที่สุดรับการรักษาพยาบาล



# บทที่ 11



## การเก็บข้อมูลประวัติการระบบคลาวด์ของ ประกันสุขภาพ

### การเก็บข้อมูลประวัติการระบบคลาวด์ของ ประกันสุขภาพ

ไต้หวันมีสถานพยาบาลมากมาย กระจายตัวอยู่ทั่วไป หากประชาชน ไม่ได้ตรวจรักษาในสถานพยาบาลที่ใดที่หนึ่งแบบประจำ ประวัติการใ้ยาส่วนบุคคลก็จะกระจายตัวในสถานพยาบาลต่างๆ เมื่อทำการพบแพทย์ ในสถานพยาบาลต่างกัน ทำให้เกิดการใ้ยาซ้ำซ้อนได้ง่าย ส่งผลใ้ใ้ยาเกินขนาดหรือเกิดปัญหาผลกระทบระหว่างชนิดยาได้

เพื่อยกระดับคุณภาพการใ้ยาของประชาชน และเสริมการควบคุม การใ้ยาเพื่อประชาชนของแพทย์และเภสัชกร นับแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2556 เป็นต้นมา กรมประกันสุขภาพได้ใช้เทคโนโลยีระบบคลาวด์ จัดทำ “การเก็บข้อมูลประวัติการระบบคลาวด์ของประกันสุขภาพ” โดยมี ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางขึ้น ซึ่งให้บริการแก่แพทย์ในสถานบริการ รักษาพยาบาล เมื่อทำการตรวจรักษา จ่ายยา และสอบถามการใ้ยา ของเภสัชกร สามารถตรวจสอบข้อมูลการใ้ยาของผู้ป่วยที่บ้านทึก ในช่วงระยะ 3 เดือนที่ผ่านมาได้ทันทีประกอบด้วยแหล่งที่มาของการรักษา และการวินิจฉัยภัยโรคผลทางเภสัชวิทยาของยา ชื่อของส่วนประกอบยา รหัสประกันสุขภาพของยา ชื่อยา ปริมาณจำเพาะของยา วิธีใ้และ ขนาดยา วันที่ ผู้ป่วยพบแพทย์ วันเบิกยาของใบสั่งยาต่อเนื่ อง ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขนาดการใ้ยา จำนวนวันที่จ่ายยา และการคำนวณ



จำนวนวันของยาที่เหลือต่อครั้ง เป็นต้น

ระบบดังกล่าว มีเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ที่ได้รับมอบอำนาจจาก สถานูบริการทางการแพทย์ที่ร่วมกับประกันสุขภาพ ใช้บัตรของ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และบัตรประกันสุขภาพของผู้ป่วยคู่กันในการอ่าน ข้อมูลจากเครื่องอ่านบัตรของประกันสุขภาพ (มีแผ่นไมโครชิปตรวจสอบอยู่ ภายใน) จึงจะสามารถตรวจสอบข้อมูลประวัติยา ระบบคลาวด์ของ ประกันสุขภาพได้ เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ก็ต้องได้รับการควบคุมตาม กฎหมายการรักษาพยาบาลที่เกี่ยวข้องด้วย เมื่อปฏิบัติการรักษา ทำให้ทราบข้อมูลของผู้ป่วยต้องรักษาเป็นความลับ

## "การเก็บข้อมูลประวัติยา ระบบคลาวด์ของประกันสุขภาพ" เพื่อควบคุมการใช้ยาอย่างปลอดภัย

เพื่อให้ "การเก็บข้อมูลประวัติยา ระบบคลาวด์ของประกันสุขภาพ" ด้านหนึ่งช่วยให้แพทย์เมื่อตรวจรักษาสามารถทราบถึงยาที่ผู้ป่วยใช้ ในช่วงที่ผ่านมาหรือกำลังใช้อยู่ เมื่อทำการสั่งยา สามารถพิจารณา ถึงยาที่ใช้ในปัจจุบันมีการให้ยาซ้ำซ้อนหรือเกิดปัญหาผลกระทบ ระหว่างยาหรือไม่ เพิ่มคุณภาพความปลอดภัยในการใช้ยา นอกจากนี้ ยังสามารถแสดงความห่วงใยผู้ป่วย เสริมความสัมพันธ์ที่ดีของการรักษา ได้อีกด้วย ขอสนับสนุนให้ประชาชนเมื่อพบแพทย์ สามารถเตือนแพทย์ หรือเภสัชกรด้วยตนเอง ให้ช่วยดูข้อมูลการใช้ยาในช่วงที่ผ่านมา หรือ ญาติที่มากับผู้ป่วยทำการเตือนแพทย์ให้ตรวจสอบบันทึกการใช้ ยาที่ ผ่านมาของผู้ป่วย ในภาวะที่ผู้ป่วยและแพทย์ผู้รักษาต่างให้ ความสำคัญต่อความปลอดภัยในการใช้ยา แพทย์จะจ่ายยา ได้อย่างรอบคอบยิ่งขึ้น ก่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ผู้ป่วย แพทย์และ ประกันสุขภาพพร้อมกันทั้ง 3 ฝ่าย

จนถึง วันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลทั่วไต้หวันได้ลิงค์ใช้ ข้อมูลประวัติยา ระบบคลาวด์ของประกันสุขภาพแล้วทั้งหมด อีกทั้งคลินิก ร้านขายยาและสถานดูแลผู้ป่วยในเคหสถานรวม 15,108 แห่งที่ร่วมกับระบบประกันสุขภาพ ต่างได้เริ่มใช้งานใน การตรวจสอบแล้ว



# บทที่ 12

## การขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง

หากท่านเข้าข่ายข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ เพียงท่านยื่นคำร้องภายในเวลากำหนด เตรียมเอกสารที่เกี่ยวข้องยื่นกับสำนักงานประกันสุขภาพ ก็จะสามารถคืนค่ารักษาพยาบาลแก่ท่านตามผลพิจารณา

1. กรณีเนื่องในภาวะฉุกเฉิน ไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่มีสัญญาไม่ทัน จำเป็นต้องไปรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่ไม่มีสัญญา หรือเนื่องจากไปทำธุระหรือท่องเที่ยวในต่างประเทศเกิดเหตุเจ็บป่วยหรือคลอดลูกอย่างไม่คาดคิด จำเป็นต้องรับการรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลในท้องถิ่น
2. ในระหว่างที่ถูกระงับการชั่วคราว ได้เข้ารักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่มีสัญญา และท่านก็ได้ชำระเบี้ยประกันต่างๆ ของช่วงเวลานั้นเป็นที่เรียบร้อยแล้ว
3. การรักษาพยาบาลที่คลินิกหรือโรงพยาบาลที่มีสัญญา เนื่องจากไม่ใช่ความรับผิดชอบของท่าน (เช่น รับการรักษาพยาบาลในเขตอื่นที่ไม่ใช่เขตที่อยู่ อยู่ระหว่างเรียกเก็บค่าประกันสุขภาพ ได้รับอนุมัติเป็นโรครายแรงหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว หรือเป็นผู้มีรายได้ต่ำ ทหารผ่านศึก วัณโรค มีบัตรผู้พิการ เป็นต้น แต่ไม่ได้แสดงหลักฐาน



ขณะรับการรักษา) เป็นเหตุทำให้ท่านต้องสำรองจ่ายค่ารักษาพยาบาลก่อน และไม่อยู่ในกำหนดเวลาการขอเงินคืนจากสถานพยาบาล (ภายใน 10 วันนับจากวันรักษาพยาบาล ไม่รวมวันหยุด) หรือก่อนออกจากโรงพยาบาลได้ยื่นบัตรประกันสุขภาพและบัตรประชาชนย้อนหลัง

4. ผู้ที่พักรักษาตัวในโรงพยาบาลรวมตลอดปีห้องผู้ป่วยฉุกเฉินภายใน 30 วัน หรือห้องผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายใน 180 วัน มีค่าใช้จ่ายในส่วนที่ต้องรับภาระจ่ายเองมากกว่าเพดานสูงสุดตามกฎหมาย
5. ผู้ประกันตนที่ยื่นขอบัตรผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล แต่ได้รับอนุมัติหลังจากออกจากโรงพยาบาล และได้สำรองส่วนต่างที่จ่ายเองแล้ว ทั้งไม่อยู่ในกำหนดเวลาการขอเงินคืนจากสถานพยาบาล (ภายใน 10 วันนับจากวันรักษาพยาบาล ไม่รวมวันหยุด)

## กำหนดเวลาการขอเงินคืน

1. เริ่มนับตั้งแต่วันที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก แผนกฉุกเฉิน หรือ นับตั้งแต่ออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน ซึ่งหมายถึง วันที่ตรวจรักษาแผนกผู้ป่วยนอกหรือตรวจฉุกเฉินนับเป็นวันที่ 1 ส่วนออกจากโรงพยาบาลให้เริ่มนับจากวันถัดไปเป็นวันที่ 1 เริ่มนับภายใน 6 เดือน แต่ลูกเรือที่ออกทำงานกลางทะเล ถือเป็นภายใน 6 เดือนนับจากวันที่กลับประเทศ
2. หากรับการรักษาในช่วงระงับการจ่ายเงินชดเชยชั่วคราว และชำระเงินที่เกี่ยวข้องทั้งหมดแล้ว กำหนดเวลาการยื่นขอคือเริ่มจากวันที่ชำระเบี้ยประกันทั้งหมดแล้วภายใน 6 เดือน (สามารถยื่นขอคืนเงินค่ารักษาในช่วงเวลาค้างชำระเบี้ยประกันภายใน 5 ปีที่ผ่านมา)
3. กำหนดเวลาดังกล่าวใช้กับเหตุที่เกิดทั้งภายในและต่างประเทศ เลยกำหนดเวลา ไม่สามารถยื่นขออนุมัติคืนเงินได้ ขอให้ท่านดูแลเรื่องกำหนดเวลาให้ดี
4. ผู้ที่พักรักษาตัวผู้ป่วยในโรงพยาบาลตลอดปี ส่วนที่ต้องรับภาระจ่ายเอง

- มากกว่าเพดานสูงสุดตามกฎหมาย ก่อนวันที่ 30 มิถุนายน ปีถัดไป
5. ผู้ประกันตนที่ยื่นขอบัตรผู้ป่วยเป็นโรคร้ายแรงระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล แต่ได้รับอนุมัติหลังจากออกจากโรงพยาบาล การยื่นขอต้องเริ่มนับจากวันที่ออกจากโรงพยาบาลภายใน 6 เดือน

## เอกสารที่ต้องเตรียม

- แบบคำร้องขอคืนค่ารักษาพยาบาลประกันสุขภาพที่สำรองจ่ายเอง ท่านสามารถหาแบบคำร้องได้โดยวิธีใดวิธีหนึ่งดังต่อไปนี้
  - (1) ขอที่สำนักงานประกันสุขภาพท้องถิ่นต่าง ๆ ได้โดยตรง
  - (2) ท่านสามารถดาวน์โหลดจากเว็บไซต์ของสำนักงานประกันสุขภาพ <http://www.nhi.gov.tw/>
  - (3) พิมพ์ข้อมูลในหนังสือคำร้องบนเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ และพิมพ์หนังสือคำร้องออกมาแบบออนไลน์ที่: <http://www.nhi.gov.tw/ประชาชนทั่วไป/อนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายก่อน/ระบบพิมพ์ข้อมูลอนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายก่อนออนไลน์>
- แบบใบเสร็จรับเงินค่ารักษาพยาบาลฉบับจริง และรายละเอียดค่าใช้จ่าย หากท่านทำใบเสร็จรับเงินฉบับจริงหรือรายละเอียดค่าใช้จ่ายหายหรือใบเสร็จเอกสารฉบับจริงต้องนำไปใช้ในการอื่น ท่านสามารถขอให้สถานพยาบาลเดิมในประเทศ ถ่ายสำเนาให้ 1 ชุดและประทับตรารับรองของสถานพยาบาลและคำว่า "เหมือนต้นฉบับ" ใบเสร็จของต่างประเทศฉบับถ่ายสำเนา หากมีความลำบากในการขอประทับตรา ก็ไม่จำเป็นต้องกลับไปยังสถานพยาบาลเดิมเพื่อขอประทับตรา นอกจากนี้ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้ที่รักษาตัวในหรือต่างประเทศ หากใช้ใบเสร็จที่ไม่ใช่ตัวจริง ต้องแนบหนังสือแถลง "ไม่สามารถแสดงใบเสร็จรับเงินฉบับจริง" พร้อมทั้งเขียนระบุอธิบายสาเหตุที่ไม่สามารถนำมาแสดงได้
- หากเป็นผู้ทำการแทนตามกฎหมายหรือผู้รับมอบหมายทำการ



ยื่นเรื่องแทน ต้องให้ผู้ยื่นเรื่องลงลายมือชื่อประทับตราประจำตัวพร้อมทั้งแนบหลักฐานสำเนาบัตรประจำตัวประชาชน

#### 4. ใบรับรองแพทย์หรือเอกสารรับรอง

หากเป็นผู้รับการรักษาในพื้นที่ที่ไม่อยู่ในการคุ้มครองของประกันสุขภาพ (รวมถึงต่างประเทศและประเทศจีน) หรือคลินิกและโรงพยาบาลที่ไม่ได้ร่วมกับประกันสุขภาพ ให้ท่านขอเอกสารรับรองจากนายแพทย์หรือโรงพยาบาลดังนี้

(1) หากเป็นผู้ป่วยนอกหรือรักษาฉุกเฉิน ให้เตรียม “ใบรับรองแพทย์” (รายละเอียดตองบันทึกอการและชื่อโรค)

(2) หากนอนรักษาในโรงพยาบาล นอกจาก “ใบรับรองแพทย์” (รายละเอียดตองบันทึกอการและชื่อโรค) ยังต้องเตรียม “ประวัติคนไข่ออกจากโรงพยาบาลโดยย่อ”

(3) หากใบรับรองแพทย์หรือเอกสารรับรองเป็นภาษาต่างประเทศที่ไม่ใช่ภาษาอังกฤษ ให้แนบคำแปลภาษาจีนด้วย

5. หากท่านขอคืนค่ารักษาพยาบาลสำรองจ่ายเอง ที่เกิดในต่างประเทศ ท่านจะต้องแนบสำเนาหลักฐานการเดินทางเข้าออกไต้หวันของครั้งนั้น (เช่น หน้าพาสปอร์ตที่มีรูปถ่ายและหน้าที่มีตราประทับวันที่เข้าและออกสาธารณรัฐจีนเป็นต้น) หรือใบรับรองที่ออกให้โดยหน่วยงานบริการนั้น หากยังไม่กลับเข้าประเทศ สามารถขอให้ผู้อื่นทำการแทนได้ แต่ต้องมีหนังสือมอบอำนาจ (ดาวน์โหลดจากเว็บไซต์กรมประกันสุขภาพ: <http://www.nhi.gov.tw/> ประชาชนทั่วไป/ ขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเอง/แนะนำการขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายเองและแบบคำร้องที่เกี่ยวข้อง / หนังสือมอบอำนาจ

6. หากท่านขออนุมัติคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนที่เกิดจากการพักรักษาในโรงพยาบาลในประเทศจีน 5 วันขึ้นไป (รวม 5 วัน ไม่นับวันที่ออกจากโรงพยาบาล : เช่น เข้าโรงพยาบาล วันที่ 1

มกราคม ออกจากโรงพยาบาล วันที่ 6 มกราคม รวมอยู่โรงพยาบาล 5 วัน) ท่านจะต้องนำใบเสร็จรับเงินฉบับจริงและใบรับรองแพทย์ไปรับรองที่ฝ่ายรับรองเอกสารในประเทศจีนก่อน เมื่อกลับถึงไต้หวันให้นำหนังสือรับรองฉบับจริงไปขอพิสูจนการรับรองที่มูลนิธิแลกเปลี่ยนระหว่างสองฝั่งช่องแคบไต้หวัน สอบถามข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้ที่โทรศัพท์ 02-2533-5995 หรือเว็บไซต์: <http://www.sef.org.tw>

## วิธีการขอยื่นเรื่อง

เมื่อท่านเตรียมเอกสารต่างๆที่กล่าวมาข้างต้นเรียบร้อยแล้ว ให้ยื่นคำร้องด้วยตนเองที่เคาน์เตอร์หรือส่งทางไปรษณีย์:

1. ประชาชนที่ ขออนุมัติคืนเงินจากต่างประเทศ กรุณายื่นขอต่อสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่อยู่
2. ยื่นขออนุมัติคืนเงินค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนในประเทศ กรุณายื่นเรื่องต่อสำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่สถานพยาบาลที่รับการรักษาตั้งอยู่ หรือมอบให้สำนักงานประกันสุขภาพสาขาในเขตที่หน่วยงานต้นสังกัดทำประกันตั้งอยู่ เป็นผู้โอนย้ายข้อมูลการยื่นเรื่องแทน

## จำนวนเงินสูงสุดที่ขอคืนได้

การขอเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลของการรักษาผู้ป่วยนอก ชุกเฉิน และนอนรักษาในโรงพยาบาลนอกอาณาเขตของการใช้ประกันสุขภาพนี้ (รวมต่างประเทศและประเทศจีนด้วย) เหมือนการขอเบิกค่าใช้จ่ายของคลินิกและโรงพยาบาลในไต้หวันคือต้องผ่านการวินิจฉัยเฉพาะทาง ตรวจสอบความเหมาะสมทางการแพทย์ เจ็บไข้และขอบเขตในการเบิกจ่ายเหมือนรักษาในไต้หวัน ซึ่งจะต้องสอดคล้องตามข้อกำหนดการเบิกจ่ายของประกันสุขภาพ

การกำหนดจำนวนเงินสูงสุดที่เบิกได้ จำนวนเงินสูงสุดคือค่าเฉลี่ยในไตรมาสแรกที่สำนักงานประกันสุขภาพจ่ายให้แก่คนไข้/คนวันที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก ชุกเฉินหรือนอนรักษาในโรงพยาบาลของโรงพยาบาลระดับศูนย์กลางแพทย์ เนื่องจากจำนวนเงินสูงสุดที่เบิกได้อาจ



เปลี่ยนแปลงได้ในแต่ละไตรมาส

หากท่านยังมีข้อสงสัย ให้ติดต่อสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพ  
ดังนี้

1. โทรสายบริการฟรีที่ 0800-030-598 หรือหมายเลขโทรศัพท์ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาต่างๆ
2. ส่งอีเมลไปที่ <http://www.nhi.gov.tw> “ตู้รับความคิดเห็น” ของสำนักงานประกันสุขภาพ
3. ติดต่อสอบถามสำนักงานประกันสุขภาพหรือติดต่อสำนักงานต่างๆ ด้วยตนเอง

**ที่อยู่และหมายเลขโทรศัพท์ติดต่อสำหรับดำเนินการงานด้าน  
ขอคืนค่ารักษาพยาบาลที่สำรองจ่ายก่อนกรมประกันสุขภาพ**

ฝ่ายธุรการ	ที่อยู่	โทรศัพท์ติดต่อ	พื้นที่เขต
ฝ่ายธุรการ ไทเป	1F., No.15-1, Gongyuan Rd., Zhongzheng Dist., Taipei City (10041)	(02)2523-2388	กรุงไทเป นครนิวไทเป เมืองจืหลิง เขตฉีหลัน เขตจินเหมิน เขต เหลียนเจียง
ฝ่ายธุรการ เขตเหนือ	No.525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli Dist., Taoyuan City (32005)	(03)433-9111	นครเถาหยวน เมืองซิน จู เขตซินจู๋ เขตเหมียววส์
ฝ่ายธุรการ เขตกลาง	No.66, Shizheng N. 1st Rd., Xitun Dist., Taichung City (40709)	(04)2258-3988	นครไถจง เขตจางฮั่ว เขตหนานโถว
ฝ่ายธุรการ เขตใต้	No.96, Gongyuan Rd., West Central Dist., Tainan City(70006)	(06)224-5678	เขตหยุนหลัน เมือง เจียวฉี เขตเจียวฉี เมือง ไถหนาน
ฝ่ายธุรการ เกาสง ผิงตง	No.157, Jiuru 2nd Rd., Sanmin Dist., Kaohsiung City (80706)	(07)323-3123	นครเกาสง เขตผิงตง เขตผิงหู
ฝ่ายธุรการ เขตตะวันออก	No.36, Xuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)	(03)833-2111	เขตสวาวเหลียน เขตไถตง



# บทที่ 13

## มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนของประกันสุขภาพ

เพื่อยกระดับประสิทธิภาพการจัดการ กรมประกันสุขภาพเสนอ มาตรการอำนวยความสะดวกแก่ประชาชนหลายรายการอย่างต่อเนื่อง ปกป้องสุขภาพของประชาชน

### บริการข้ามหน่วยงานเพื่อความสะดวกแก่ประชาชน

#### 1. "บริการแจ้งเกิด แจ้งนำชื่อเข้าทะเบียนบ้าน แจ้งร่วมและทำบัตร ประกันสุขภาพเบ็ดเสร็จหรือวันสตอปเซอร์วิส"

ผู้ประกอบการของเด็กแรกเกิด เพียงแต่แสดงความจำนงต่อสถานพยาบาล ที่ทำคลอดขอให้เด็กร่วมประกันสุขภาพกับบิดามารดา "บัตรประกันสุขภาพแบบไม่ติดรูปถ่าย" เด็กแรกเกิดเมื่อแจ้งเกิดนำชื่อเข้าทะเบียนบ้านแล้ว กรมประกันสุขภาพรับเรื่องแจ้งร่วมประกันเด็กแรกเกิดแล้วเสร็จ จะจัดส่งบัตรประกันสุขภาพไปยังที่อยู่ตามทะเบียนบ้านของ ที่ให้ทำประกันรวม หรือที่อยู่ที่แสดงความจำนง ภายใน 7-10 วันทำการ หมายเหตุ: บิดาหรือมารดาที่เลือกแจ้งทำประกันรวมต้องอยู่ระหว่างรวมประกัน และต้องเป็นผู้ประกันตนสถานะบุคคลแบบที่ 1, 2, 3 หรือ 6

#### 2. "บริการแจ้งข้อมูลบัตรประกันสุขภาพข้ามหน่วยงานของสำนักทะเบียนราษฎร์" เพื่อความสะดวกแก่ประชาชน

หากประชาชนทำบัตรประจำตัวประชาชนหาย เปลี่ยนแปลง



ข้อมูลส่วนบุคคล(ชื่อนามสกุล วันเดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน หากประชาชนยื่นขอบัตรประจำตัวประชาชนใหม่เนื่องจากทำบัตรประจำตัวประชาชนหาย เปลี่ยนแปลงข้อมูลส่วนบุคคล (ชื่อนามสกุล วันเดือนปีเกิด หมายเลขบัตรประชาชน ชนพื้นเมืองเปลี่ยนกลับไปใช้ชื่อเดิม) เจ้าหน้าที่ทะเบียนราษฎรใส่ข้อมูลผิด เป็นต้น และเด็กแรกเกิดแจ้งเกิดนำชื่อเขาทะเบียนบ้าน และแสดงความจำนงร่วมประกันสุขภาพกับบิดาหรือมารดา พร้อมยื่นทำบัตรประกันสุขภาพแบบไม่ติดรูปถ่าย สามารถทำการตามขั้นตอนพร้อมกันในทีเดียวได้ เมื่อกรมประกันสุขภาพได้รับข้อมูลชำระเงินของประชาชนและเด็กแรกเกิดแจ้งรวมประกันแล้วเสร็จ จะจัดทำและส่งมอบบัตรทันที ประชาชนจะได้รับบัตรประกันสุขภาพตามที่อยู่ที่แจ้งไว้ภายในเวลาประมาณ 7 วันทำการ

## ยกระดับงานบริการ

### 1.บริการ "ไม่ต้องกรอกแบบคำร้อง 'ไร้กระดาษ'"

หากบัตรประกันสุขภาพของท่านสูญหาย ชำรุด หรือเปลี่ยนชื่อนามสกุล เป็นต้น กรุณานำบัตรประจำตัวประชาชนไปทำเรื่องได้ที่สำนักงานประกันสุขภาพเขตต่างๆ ยื่นขอที่เคาน์เตอร์โดยไม่ต้องกรอกใบคำร้อง เพียงแต่ตรวจสอบยืนยันข้อมูลและรูปถ่ายถูกต้อง ก็ถือว่าดำเนินการแล้วเสร็จ

### 2.บริการทำบัตรในท้องที่

เพื่อบริการประชาชนในเกาะรอบนอกพื้นที่ห่างไกลความเจริญที่ไม่สามารถยื่นขอทำบัตรประกันสุขภาพเพื่อรับการรักษาพยาบาลได้ทันที นับแต่ปี พ.ศ. 2558 เป็นต้นมา กรมประกันสุขภาพได้ทยอยปฏิบัติงานทำการออกบัตร ณ สถานที่ติดต่อยังสำนักงานติดต่อฝั่งหู หยูน หลิน ผิงตง ไถตง อี้หลันและเถาหยวน เป็นต้น ประชาชนสามารถยื่นขอและรับบัตรที่เคาน์เตอร์ดำเนินการได้ เพื่อบรรเทาความต้องการใช้บัตรเร่งด่วนของประชาชนในท้องที่ ในปี พ.ศ. 2559 จะมีการปฏิบัติงานทำการออกบัตร ณ สถานที่ติดต่อของสำนักงานติดต่อกรมประกันสุขภาพอื่นอีก 15 เขต

### 3. ยื่นขอ “บัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง” ไม่ต้องวินิจฉัย

- (1) หากมีเหตุการณ์พักรักษาตัวในโรงพยาบาล เป็นโรคที่ตรงกับเงื่อนไขยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง ญาติสามารถนำเอกสารที่เกี่ยวข้องไปยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงยังสำนักงานประกันสุขภาพในทุกเขต หลังผ่านการตรวจสุขภาพอนุมัติแล้ว สามารถลดหย่อนค่ารักษาพยาบาลในส่วนต้องจ่ายเองได้ตามข้อกำหนด
- (2) นอกจากนี้ หากโรคที่ป่วยตรงกับเงื่อนไขยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง นอกจากไปทำเรื่องที่เคาน์เตอร์หรือส่งคำร้องทางไปรษณีย์แล้ว โรงพยาบาลยังสามารถใช้บริการผ่านอินเทอร์เน็ตช่วยยื่นขอ “บัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรง” กับกรมประกันสุขภาพหรือตรวจสุขภาพการอนุมัติได้ด้วย
- (3) ปัจจุบันบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงเกี่ยวกับมะเร็งมีอายุ 5 ปี เมื่อครบกำหนดต้องยื่นขอเปลี่ยนบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงใหม่ กรมประกันสุขภาพจะมอบหมายให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญตรวจสุขภาพคุณสมบัติผู้ป่วยอย่างรอบคอบว่าเขาชายตามกำหนด “ต้องรักษาอย่างกระตือรือร้นหรือระยะยาว” หรือไม่ เพื่อใช้อ้างอิงในการเปลี่ยนบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงให้ใหม่
- (4) ประชาชนอาศัยในเขตเมือง ผู้ที่อยู่ในเงื่อนไขผู้ป่วยโรคร้ายแรง หากต้องการยื่นขอ “เงินอุดหนุนการเดินทางจากการโอนย้ายผู้ป่วยของประชาชนเกาะรอบนอกเมือง” เพื่อทำการรักษาในเกาะไต้หวัน สามารถนำบัตรประกันสุขภาพ ไปส่งตัวผู้ป่วย ไปคำร้องยื่นขอเงินอุดหนุนค่าเดินทางเป็นต้น ไปทำเรื่องยื่นขอที่กองสาธารณสุขเทศบาลเขตเมืองและสำนักงานสาธารณสุขท้องที่ทุกแห่งในเขตเมือง (ไม่ต้องยื่นขอบัตรผู้ป่วยโรคร้ายแรงกับกรมประกันสุขภาพ)

## หวังใยดูแลผู้ด้อยโอกาสแบบเชิงรุก

### 1. หวังใยผู้ด้อยโอกาส ช่วยเหลือด้วยใจรัก

สำนักงานประกันสุขภาพทุกเขตต่างมี “บัญชีด้วยใจรัก” เพียงแต่



ท่านอยู่ในเงื่อนไข เช่น ยากจน เจ็บป่วย และฉุกเฉิน เป็นต้น เมื่อผ่านการตรวจสอบจากคณะกรรมการกองทุนด้วยใจรัก อาศัยหลักฐานที่ท่านแสดง เช่น ใบรับรองแพทย์ ผู้มีความลำบากทางเศรษฐกิจ เป็นต้น ก็สามารถช่วยยื่นขออุดหนุนค่าประกันสุขภาพด้วยใจรักแก่ท่านได้

## 2. “โครงการอุดหนุนเบี้ยประกันสุขภาพสำหรับผู้ด้อยฐานะที่ยังไม่มีบัตรประชาชน”

กรมประกันสุขภาพร่วมกับหน่วยงานสังคมที่ว่าการตำบล อำเภอ เมือง เขตทุกแห่ง สำหรับ “ครอบครัวรายได้น้อย หรือรายได้น้อยถึงปานกลาง” และมีคู่สมรสต่างชาติที่ยังไม่มีบัตรประชาชน ให้การช่วยเหลือและรับเรื่องในเชิงรุกเพื่อให้ประชาชนสามารถทำเรื่องยื่นที่ว่าการตำบล อำเภอ เมือง เขตใกล้เคียงได้



## ภาคผนวก

หมายเลขโทรศัพท์และที่อยู่ของสำนักงานประกันสุขภาพสาขาต่างๆ ของ  
กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ สภามบริหาร

หมายเลขโทรศัพท์สอบถามประกันสังคม : 0800-030-598

จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานใหญ่	(02)2706-5866	No. 140, Sec. 3, Xinyi Rd., Daan District, Taipei City (10634)
ฝ่ายธุรการ ไทเป	(02)2191-2006	5th Fl., No. 15-1, Gongyuan Rd. Zhongzheng District, Taipei City (10041)
สำนักงานติดต่อ จีหลง	(02)2191-2006	No. 95, Yiyi Rd., Keelung City (20241)
สำนักงานติดต่อ อีหลัน	(02)2191-2006	No. 11, Jhancian N. Rd., Luodong Town, Yilan County (26550)
สำนักงานติดต่อ จินเหมิน	(082)372-465	No. 65, Huandao N. Rd., Jincheng Town, Jinmen County (89350)
สำนักงานติดต่อ เหลียนเจียง	(083)622-368	No. 216, Fusing Village, Nangan Township, Lienchiang County (20941)
ฝ่ายธุรการ เขตเหนือ	(03)433-9111	No. 525, Sec. 3, Zhongshan E. Rd., Zhongli District, Taoyuan City (32005)
สำนักงานติดต่อ เถาหยวน	(03)433-9111	No. 11-4, Jieshou Rd., Taoyuan District, Taoyuan City (33062)
สำนักงานติดต่อ ซินจู๋	(03)433-9111	No. 3, Wuling Rd., North Section , Hsinchu City, (30054)
สำนักงานติดต่อ จู่เป่ย์	(03)433-9111	No. 9-12, Guangming 9th Rd., Jhubei City, Hsinchu County (30268)
สำนักงานติดต่อ เหมียวลี่	(03)433-9111	No. 1146, JhongJheng Rd., Miaoli City, Miaoli County (36052)
ฝ่ายธุรการ เขตกลาง	(04)2258-3988	No. 66, Shihjheng North One Rd., Xitun District, Taichung City (40709)
สำนักงานติดต่อ ฟงหยวน	(04)2258-3988	No. 146, Ruei-an St., Fongyuan District, Taichung City (42041)
สำนักงานติดต่อ ชาลู่	(04)2258-3988	No. 16, Fulu St., Shalu District, Taichung City (43352)
สำนักงานติดต่อ จ่งฮัว	(04)2258-3988	3F, No. 369, Jhonghua W. Rd., Changhua City, Changhua County (50056)



จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานติดต่อ หนันโถว	(04)2258-3988	No. 126, Jhongsing Rd., Caotun Town, Nantou County (54261)
ฝ่ายธุรการ เขตไถ่	(06)224-5678	No. 96, Gongyuan Rd., Jhongs District, Tainan City (70006)
สำนักงานติดต่อ ซินหึง	(06)224-5678	No. 78, Dongsyue Rd., Sinying District, Tainan City (73064)
สำนักงานติดต่อ เจียอี	(06)224-5678	No. 131, De-an Rd., Chiayi City (60085)
สำนักงานติดต่อ หยุนหลิน	(06)224-5678	No. 395, Jhuangjing Rd., Douliou City, Yunlin County (64043)
ฝ่ายธุรการ เขตเกาผิง	(07)323-3123	No. 157, Jiuru 2nd Rd., Sanmin District, Kaohsiung City (80706)
ศูนย์บริการรวม จงเจี๊จ	(07)323-3123	1st Fl., No.261, Zhongzheng 4th Rd., Qianjin District, Kaohsiung City (80147) (Inside the Labor Affairs Bureau of Kaohsiung City Government)
สำนักงานติดต่อ กั้งชั้น	(07)323-3123	No. 1, Dayi 2nd Rd., Gangshan District, Kaohsiung City(82050) (Inside the Kaohsiung Armed Forced General Hospital Gangshan Branch)
สำนักงานติดต่อ ฉีชั้น	(07)323-3123	No. 60, Jhongsyue Rd., Cishan District, Kaohsiung City (84247) (Inside Chi-Shan Hospital)
สำนักงานติดต่อ ผิงตง	(07)323-3123	No. 1518, Guangdong Rd., Pingtung City, Pingtung County (90071)
สำนักงานติดต่อ ตงกึ่ง	(07)323-3123	No. 210, Sec. 1, Jhongshan Rd., Donggang Town, Pingtung County (92842) (Inside Antai Tian-Sheng Memorial Hospital)

จุดบริการ	โทรศัพท์	ที่อยู่
สำนักงานติดต่อ เฉิงหู	(07)323-3123	No. 63-40 Siwun Ao, Siwun Li, Magong City, Penghu County (88050)
ฝ่ายธุรการ เขตตะวันออก	(03)833-2111	No. 36, Syuanyuan Rd., Hualien City, Hualien County (97049)
สำนักงานติดต่อ ไถตง	(03)833-2111	No. 146, Sec. 3, Siwei Rd., Taitung City, Taitung County (95049)

คู่มือนี้ได้รับการรวบรวมข้อมูลในวันที่ ธันวาคม พ.ศ. 2558 ระเบียบกฎหมายเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา กรุณาเข้าดูเว็บไซต์ของสำนักงานสุขภาพไต้หวันตลอดเวลา <http://www.nhi.gov.tw> เพื่อรับข้อมูลล่าสุด



2015-2016 全民健康保險民眾權益手冊 (泰文版)

編 著：衛生福利部中央健康保險署

出版機關：衛生福利部中央健康保險署

地 址：10634 臺北市大安區信義路三段 140 號

電 話：02-2706-5866

出版日期：中華民國 104 年 12 月

版 次：第 1 版第 1 刷

本書同時登載於衛生福利部中央健康保險署網站

<http://www.nhi.gov.tw>

定 價：新臺幣 50 元

經 銷 者：五南文化廣場

地 址：400 台中市中區中山路 6 號

電 話：04-2226-0330

經 銷 者：國家書店松江門市

地 址：10485 臺北市松江路 209 號 1 樓

電 話：02-2518-0207

設計印刷：博創印藝文化事業有限公司

電 話：02-8221-5966

GPN：1010403259

ISBN：978-986-04-7576-0

著 作 人：衛生福利部中央健康保險署

著作財產權人：衛生福利部中央健康保險署

\* 本書保留所有權利，欲利用本書全部或部分內容者，需徵求  
著作財產權人衛生福利部中央健康保險署同意或書面授權。